

COMPILACIÓN de LEGISLACIÓN sobre SISTEMAS de SERVICIOS de EMERGENCIA en AMÉRICA LATINA



Organización
Panamericana
de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS

COMPILACIÓN de LEGISLACIÓN sobre SISTEMAS de SERVICIOS de EMERGENCIA en AMÉRICA LATINA

*Washington, DC
Octubre del 2010*

Investigación y análisis:

Susana Castiglione, Consultora, Legislación de Salud

Coordinado por:

Mónica Bolis y Reynaldo Holder

Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Con el apoyo financiero de:

LA AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO (AECID)

ÁREA DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS)

Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. Washington, D.C.: OPS, © 2010. 403 págs.

OPS/HSS/HP&SP/2010/006

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias, Área de Sistemas y Servicios de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-Third Street N.W., Washington, D.C. 20037, USA, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición y reimpressiones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud lo apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. VARIABLES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA LEGISLACIÓN	3
3. METODOLOGÍA	5
4. ANÁLISIS PRELIMINAR	7
ARGENTINA	9
BOLIVIA	43
BRASIL	59
CHILE	115
COLOMBIA	141
COSTA RICA	167
CUBA	191
ECUADOR	197
EL SALVADOR	207
GUATEMALA	225
HONDURAS	237
MÉXICO	243
NICARAGUA	271
PANAMÁ	293
PARAGUAY	307
PERÚ	331
REPÚBLICA DOMINICANA	349
URUGUAY	363
VENEZUELA	391

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente estudio es efectuar una recopilación de legislación vigente sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina. Se entiende por servicios de emergencia aquellos que cubren las actividades de atención, traslado y comunicaciones realizados con el fin de proveer servicios de salud en caso de urgencias o emergencias. Se incluyen también disposiciones sobre la responsabilidad de los proveedores públicos y privados de servicios de emergencias respecto a los usuarios.

A través de este trabajo se presentan las normas aplicables demostrando claramente el papel de la legislación de salud como herramienta de instrumentación de políticas de salud y como generadora de responsabilidades civiles, penales y profesionales.

El estudio consta de una introducción que a su vez incluye una explicación de la metodología utilizada y un breve análisis preliminar sobre la legislación recopilada. Luego se presenta una segunda sección dividida por países que contiene las normas localizadas y aplicables a los sistemas de servicios de emergencia incluyendo el nombre de la norma, fecha y la transcripción de las partes pertinentes.

2. VARIABLES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA LEGISLACIÓN

Para presentar la temática bajo estudio se utilizaron una serie de variables agrupadas en dos grandes títulos. El primer título se refiere al **Marco de Derechos** y el segundo a la **Estructura del Sistema de Atención**.

Bajo **Marco de Derechos** se incluyen las siguientes secciones:

- **Garantía genérica de acceso a la atención de salud.**

Se mencionan aquí las normas de carácter constitucional que consagran el derecho a la salud y por tanto las garantías genéricas de acceso a la salud. Se incorporaron también disposiciones similares consagradas en las leyes o códigos de salud.

- **Obligatoriedad de la atención de emergencias en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud.**

Bajo este título se consideran las normas que expresamente garantizan la obligatoriedad de la atención médica de emergencia o urgencias por parte de instituciones tanto públicas como privadas, las que deben prestar servicios de salud independientemente de la capacidad de pago del paciente.

- **Obligación de informar sobre el derecho a recibir atención de emergencias en las instituciones públicas y privadas de salud.**

Se trataron de localizar disposiciones que en forma expresa incluyan el deber de las instituciones de informar a los usuarios del derecho a recibir atención de emergencia o urgencia o que establezcan la obligación de exhibir los textos que enumeran los derechos de los pacientes incluyendo este.

- **Derechos del paciente: consentimiento informado, confidencialidad de los datos, historia clínica, protocolo de acta de internación.**

Se mencionan aquí las normas sobre derechos de los pacientes una vez que han sido admitidos a los servicios hospitalarios de urgencia, sean estas de carácter general o genérico, o referidas específicamente al consentimiento informado, confidencialidad de los datos, historia clínica y protocolo de acta de internación.

Bajo el título del **Sistema de Atención** se agrupan las siguientes secciones:

- **Rectoría de la Autoridad Sanitaria.**

Se enumeran bajo este título las disposiciones que especifican la rectoría de la autoridad de salud (Ministerios o Secretarías de Salud). El papel rector de los ministerios está mencionando en general en las leyes de creación de los mismos, en disposiciones que los organizan y en las normas generales de salud.

- **Garantías de calidad en el ámbito de los servicios ambulatorios y de internación: servicios de guardia, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, cumplimiento de al menos los requisitos básicos de la especialidad médica y de los distintos grados de complejidad.**

Se incluyen aquí las normas que regulan los servicios de manejo de emergencias específicamente y las de habilitación de servicios de salud en general. Las normas de habilitación son la herramienta inicial de los sistemas de garantía de calidad de la atención médica que consisten en general en un proceso de evaluación mediante el cual la autoridad de salud otorga licencias de apertura y funcionamiento a todo establecimiento de salud públicos o privados, disponiendo mecanismos de evaluación que cumplan con los requisitos mínimos exigidos y mecanismos de inspección.

- **Sistemas de atención telefónica y características: número y lenguaje accesible.**

Se trata aquí de localizar normas que establezcan números de emergencia en general o médica en particular, que se encuentren de alguna forma coordinados y unificados. Se intentaron localizar también disposiciones que incluyan algún grado de accesibilidad respecto al lenguaje.

- **Servicio de traslado a otro hospital o al propio domicilio: ambulancias terrestres, aéreas, acuáticas.**

Se mencionan aquí las normas que en forma específica regulan el traslado de pacientes y las ambulancias especificando los requisitos técnicos y de seguridad con que deben contar las mismas.

- **Aspectos de financiamiento relacionados a la atención de emergencia: accesibilidad y asequibilidad de los servicios en general y de los servicios de emergencia en particular. Reembolso de gastos.**

Finalmente se hizo una búsqueda de normas aplicables a las previsiones legales en materia de reembolso de gastos de emergencia médica. El estudio se centra aquí en las disposiciones legales que establecen las condiciones para que los pacientes que recibieron atención médica y no cuentan con cobertura de salud en el establecimiento que les brindó atención o no se encuentran asegurados en general, reintegren los gastos a la institución prestataria del servicio.

Este título incluye también cuestiones de accesibilidad y asequibilidad a los servicios de salud.

3. METODOLOGÍA

Para elaborar este trabajo se tomaron en consideración las normas nacionales vigentes al 1 de marzo de 2010.

Los países incluidos en este estudio son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Las disposiciones recopiladas corresponden en general a las publicaciones oficiales respectivas. Ellas se obtuvieron de distintas fuentes, entre las que cabe destacarse el sitio de Legislación de Salud del Proyecto de Políticas Públicas e Investigación en Salud, Área Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A través de este recurso se facilitó el acceso a sitios oficiales de la Internet, como congresos, asambleas legislativas y gacetas, diarios o boletines oficiales. Otros recursos fundamentales fueron la denominada Base de Datos LEYES y la Red Mundial de Información Jurídica (GLIN —Global Legal Information Network) de la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de América.

Siempre que fue posible se indicó al pie de cada norma el sitio de la Internet donde está disponible el texto completo. A título ilustrativo, también se incluyeron referencias a disposiciones publicadas en dominios comerciales (.com). Todas las fuentes utilizadas son de acceso público y gratuito y en esta compilación se hacen disponibles con fines educativos exclusivamente y como un insumo para la actualización de los marcos jurídicos sobre el tema. Se advierte al lector que el único texto autorizado de las normas es el contenido en las publicaciones oficiales de cada país (boletines, gacetas o diarios oficiales).

Es importante también destacar que en muchos casos no se localizaron normas jurídicas. Ello no significa que el país bajo estudio no regule en algún nivel jurisdiccional el tema sino que, pese a los esfuerzos de investigación, no se tuvo acceso a la información jurídica. Como se mencionara con anterioridad, la investigación se basó en la información legal disponible en bases de datos y la realidad muestra que algunos países no han sistematizado y hecho disponible al público su normativa.

4. ANÁLISIS PRELIMINAR

Todas las Constituciones de los países estudiados hacen referencia al derecho a la salud con excepción las de Argentina y Costa Rica. Estos dos países, sin embargo, han elaborado jurisprudencialmente el derecho a la salud como una extensión del derecho a la vida y han incorporado garantías de acceso en normas generales de salud y de seguros de salud.

La obligatoriedad de la atención médica de urgencia por parte de instituciones públicas y privadas está consagrada en algunos casos a nivel constitucional como es el supuesto de Ecuador y Paraguay, aunque en este último caso sólo se refiera a las instituciones públicas. Este deber surge también en muchos casos de las normas generales de salud (Nicaragua, Venezuela, Bolivia, República Dominicana), en disposiciones específicas referidas al manejo de las emergencias médicas (Panamá, Perú) o en otra normativa (Chile, Ley No. 18.469, que regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud).

Muchas normas indican expresamente que la capacidad de pago no debe ser un factor para negar atención (Ecuador) y en algunos casos se prohíben expresamente que se exija seguro, caución o que de alguna manera se pretenda documentar la deuda previamente a la prestación del servicio (Brasil).

Se han incluido también en algunos casos las reglamentaciones que rigen el ejercicio de la medicina o disposiciones de ética médica, las que son unánimes en señalar la obligatoriedad de los profesionales de salud de brindar asistencia a quien lo necesite (Bolivia, El Salvador). Los códigos penales incluyen también en general la figura del abandono de paciente u omisión de auxilio. Todo ello permite concluir que la negativa a prestar atención a un paciente en caso de emergencia, más allá de la responsabilidad de la institución de salud, involucra a los profesionales a título personal generando responsabilidades civiles, penales y profesionales.

Respecto a la obligación de informar sobre el derecho a recibir atención de emergencia en las instituciones de salud públicas y privadas, muchos países disponen que es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios y/o exhibir el texto de normas lugares visibles para el público que incorporan la obligatoriedad de la atención de emergencia. Este es el caso, a título de ejemplo, de Ecuador, Bolivia, Costa Rica y Brasil.

En relación al derecho de los pacientes incluyendo consentimiento informado, confidencialidad de datos, historia clínica, protocolo de acta de internación de pacientes una vez que han sido admitidos a los servicios hospitalarios de urgencia, en mayor o menor medida todos los países tienen normas al respecto. Algunos tienen normas específicas relacionadas al derecho de los pacientes (Argentina, Ecuador, Costa Rica). Otros las incluyen en forma genérica en las leyes generales de salud (República Dominicana, Paraguay, Venezuela). Perú tiene una norma específica sobre la obligación de los establecimientos de salud de brindar atención médica en caso de emergencias y partos que incluye una sección sobre derechos de los pacientes.

Bajo la segunda sección de sistemas de atención y específicamente respecto rectoría de la autoridad sanitaria, se incorporaron las disposiciones de creación de los ministerios o secretarías de salud, aquellas que los organizan y establecen funciones y fundamentalmente las normas generales de salud que son las

que en forma general y categórica establecen la rectoría de la autoridad sanitaria. Es necesario destacar también que todos los países estudiados contienen normas que definen en forma clara la rectoría de la autoridad de salud.

Las normas de garantía de calidad en el ámbito de los servicios ambulatorios y de internación respecto a servicios de guardia, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, cumplimiento de los requisitos básicos de la especialidad médica y de los distintos grados de complejidad, están contenidas en normas de habilitación de establecimientos de salud, normas generales sobre hospitales y algunas disposiciones específicas en el tema. Todos los países estudiados regulan estos aspectos de garantía de calidad, con distintos grados de complejidad.

En el ámbito del Mercosur se localizó una resolución sobre Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia aplicables a la atención pre hospitalaria fija en unidades no hospitalarias y unidades hospitalarias de atención de Urgencia y Emergencia.

Respecto a los sistemas de atención telefónica con número y lenguaje accesible, es posible afirmar que todos los países cuentan con números de tres dígitos para casos de emergencia. La principal variación se presenta respecto al grado de unificación, coordinación y regulación de los mismos. En algunos países existen sistemas únicos centralizados a nivel nacional (Colombia, Argentina, Panamá, México, Brasil, Perú). Otros países presentan números distintos en cada provincia/estado o municipio no existiendo un número único. Igualmente, porque la regulación de estos sistemas es en general local y a veces incluso varía en el sentido que hay un número distinto para emergencias médicas otro para bomberos y/o policía, se presentaron dificultades para localizar las normas aplicables.

No fue posible localizar disposiciones que hagan referencia a algún grado de accesibilidad respecto al lenguaje.

El servicio de ambulancia y traslado de pacientes se encuentra en general incluido en las normas que regulan los hospitales o instituciones de salud y en disposiciones de referencia y contra referencia de pacientes. Algunos países tienen normas exclusivamente dedicadas al tema aunque se ha observado de la normativa estudiada que las regulaciones de los servicios de ambulancias y traslado de pacientes están fragmentadas en el sentido que forma parte de la normativa a veces de cada hospital en particular. Es así que en muchos casos cada región, estado o municipio regula el tema del traslado de pacientes y la habilitación de ambulancias lo que dificulta la localización de normas.

En relación a los aspectos de financiamiento relacionados a la atención de emergencia y el reembolso de gastos, el principio aplicable es que luego que se ha prestado el servicio, si el beneficiario no cuenta con un seguro que cubra la atención, debe proceder a reintegrar los gastos. Si existe un seguro privado o provisto por los empleadores, los reembolsos están sujetos a lo que las respectivas pólizas o normas de cobertura establezcan.

Algunos países tratan los supuestos de reembolsos cuando quien recibió el servicio no cuenta con medios. A título de ejemplo, Chile establece un mecanismo a través de Fondo Nacional de Salud. En Ecuador se dispone que los valores no recuperados del servicio de salud se deduzcan del impuesto a la renta. En Panamá se establece un sistema de pagos compartido por el paciente, el Estado y quien prestó el servicio.

ARGENTINA

Nota: Argentina tiene un régimen federal de gobierno en que las provincias tienen sus propias Constituciones y en algunos casos leyes de salud que reconocen la garantía de acceso a la atención de salud y definen la autoridad de los ministerios provinciales de salud en la materia. Asimismo, varias provincias han legislado en materia de servicios de emergencias como Mendoza, Ley No. 6.993 de 2002; Formosa, Ley 1.268 de 1997 y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley No. 1.883 de 2005. Lo propio se presenta en materia de derecho de los pacientes en que varias provincias han emitido disposiciones o se han adherido a la norma nacional.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Nacional de la República Argentina**
www.senado.gov.ar/web/consnac/consnac.htm

Artículo 14 bis. ...El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable...

- **Ley 23.661 de Creación del Sistema Nacional de Seguro de Salud Sancionada en diciembre 29 de 1988 y promulgada en enero 5 de 1989**
<http://leg.msal.gov.ar/>

Artículo 1. Créase el Sistema nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y publicada el 20 de noviembre de 2009.**
<http://leg.msal.gov.ar/>

...

Artículo 2. Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efecto de que se trate, los siguientes:

- a) *Asistencia.* El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesio-

nal actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

...

- **Código Penal de la Nación.**

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>

Capítulo V. Abandono de persona

Artículo 106. *El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años.*

La pena será de reclusión o prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima.

Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión.

...

Artículo 108. *Será reprimido con multa de pesos setecientos cincuenta a pesos doce mil quinientos el que encontrando perdido o desamparado a un menor de diez años o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera; omitiere prestarle el auxilio necesario, cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal o no diere aviso inmediatamente a la autoridad.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizó normativa.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley No. 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y publicada el 20 de noviembre de 2009.**

<http://leg.msal.gov.ar/>

Artículo 1. *Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.*

Capítulo I. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud

...

Artículo 2. *Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efecto de que se trate, los siguientes:*

- a) *Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;*

- b) *Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;*
- c) *Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley No. 25.326;*
- d) *Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;*
- e) *Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley No. 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;*
- f) *Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.*
- g) *Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.*

Capítulo II. De la información sanitaria

Artículo 3. *Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.*

Artículo 4. *Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.*

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III. Del consentimiento informado

Artículo 5. *Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:*

- a) *Su estado de salud;*
- b) *El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*
- c) *Los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) *Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*
- e) *La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*
- f) *Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.*

Artículo 6. *Obligatoriedad.* Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

Artículo 7. *Instrumentación.* El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

Artículo 8. *Exposición con fines académicos.*

Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

Artículo 9. *Excepciones al consentimiento informado.* El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediar grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediar una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

Artículo 10. *Revocabilidad.* La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

Artículo 11. *Directivas anticipadas.* Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV. De la historia clínica

Artículo 12. *Definición y alcance.* A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Artículo 13. *Historia clínica informatizada.* El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Artículo 14. *Titularidad.* El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Artículo 15. *Asientos.* Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Artículo 16. *Integridad.* Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietéticas, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Artículo 17. *Unicidad.* La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

Artículo 18. *Inviolabilidad. Depositarios.*

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Artículo 19. *Legitimación.* Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Artículo 20. *Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.*

Artículo 21. *Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.*

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Decreto No. 828/2006, publicado el 10 de julio de 2006. Modifícase la Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto No. 438/92), sus modificatorios y complementarios, con el propósito de ampliar las competencias de la Jefatura de Gabinete de Ministros asignándole las relativas a la implementación de la política ambiental, la preservación y protección de los recursos naturales y el desarrollo sustentable. Adécuese la denominación del Ministerio de Salud y Ambiente. Vigencia.**

Artículo 3. *Sustitúyese el artículo 23 ter de la Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto N° 438 del 12 de marzo de 1992), sus modificatorios y complementarios, por el siguiente:*

Artículo 23 ter. *Compete al MINISTERIO DE SALUD asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad y, en particular:*

1. *Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia.*
2. *Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL.*
3. *Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.*
4. *Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.*
5. *Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.*

6. *Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma.*
7. *Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.*
8. *Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo.*
9. *Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte.*
10. *Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional.*
11. *Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos.*
12. *Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.*
13. *Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.*
14. *Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado.*
15. *Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.*
16. *Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.*
17. *Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.*
18. *Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.*
19. *Intervenir en la normatización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN.*
20. *Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial.*
21. *Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia o necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.*
22. *Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.*
23. *Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.*
24. *Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.*
25. *Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información.*
26. *Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.*
27. *Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud.*
28. *Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.*

29. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e inter-sectorial.
30. Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.
31. Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA.
32. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.
33. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de los enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles.
34. Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario.
35. Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades.
36. Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.
37. Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.
38. Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido.
39. Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.
40. Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepagada.
41. Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del PODER EJECUTIVO NACIONAL con competencia en la materia.

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Resolución No. 428/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, sancionada el 25 de abril de 2001 y publicada el 11 de mayo de 2001. Norma de organización y funcionamiento de los servicios de guardia en los establecimientos asistenciales —Aprobación— Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

Artículo 1. Apruébase la NORMA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES, que como Anexo I forma parte integrante de la presente Resolución.

...

Anexo I. Organización de servicios de guardia de emergencia de los Establecimientos asistenciales

El objetivo de la norma es la organización y funcionamiento de los servicios de guardia de emergencia de los establecimientos asistenciales, categorizados en niveles de complejidad y resolución de riesgo progresivo. El objetivo es resolver la emergencia y el control del daño en el lugar, con capacidad de derivación a través de redes jurisdiccionales de Salud, contando para ello con comunicaciones adecuadas, unidades de traslado y equipamiento necesario.

Todo este sistema deberá adecuarse a la demografía, a la epidemiología, a la demanda y geografía del lugar. Para la categorización de los establecimientos asistenciales se toma en cuenta la Resolución Ministerial 282/94 (Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos con Internación).

Se toma como base los establecimientos asistenciales de 2do. Nivel de Moderado Riesgo según Resolución Ministerial 282/94 (Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos con Internación).

Se considerará: La Planta Física. Equipamiento. Recursos Humanos- Normas de funcionamiento:

Planta Física

Debe como mínimo contemplar un sector de admisión de pacientes con acceso directo desde el exterior. Los pacientes llegarán por sus propios medios o en ambulancia u otro vehículo; trasladados en camillas o sillas de ruedas o caminando. Es recomendable un circuito de circulación diferencial entre adultos y niños. La admisión debe conectarse con un sector de internación de guardia y otro sector de atención ambulatoria, este último deberá contar con sala de espera adecuada y sanitarios públicos para hombres y mujeres.

Introducción

Con el objetivo de describir la planta física se establece previamente el tipo o perfil del paciente a asistir y las unidades de producción que dicha asistencia genera.

Los pacientes pueden ser ambulatorios o de internación. El paciente ambulatorio es aquel que consulta por una patología aguda o crónica reagudizada y que concurre al servicio habitualmente por sus propios medios o bien es trasladado. Las consultas que evacúa la guardia son de urgencia y no programadas y referidas a: clínica médica, cirugía, cardiología, traumatología, pediatría, ginecobstetricia. La planta física necesaria es un consultorio equipado ad-hoc, según su destino. Los consultorios serán generales, no diferenciados y diferenciados (por especialidad) dependiendo ello de la complejidad del establecimiento asistencial. Esto da origen a una unidad de producción "Consulta de Guardia". Las prácticas se efectúan a raíz de la consulta y éstas pueden efectuarse en el área de guardia o fuera en el hospital o en otro centro extrahospitalario. Las prácticas que habitualmente se generan y se efectúan en la guardia son: Para clínica médica: punciones, nebulizaciones, inyecciones, oxigenoterapia. Para cirugía: suturas, drenajes, punciones. Para traumatología: vendajes, inmovilizaciones, reducciones, infiltraciones y yesos. Eventualmente retiro de yesos. Para cardiología: electrocardiogramas. Para ginecobstetricia: curaciones, drenajes. Para pediatría: nebulizaciones, inyecciones, oxigenoterapia. Para neurología: fondo de ojo. Las otras prácticas se envían a distintos servicios del hospital. De esta manera para el sector ambulatorio el servicio de guardia debe contar con consultorios y salas de procedimientos (siendo la sala de yeso una de ellas). Las prácticas dan origen a unidades de producción diversas (ejemplo: unidad de producción sutura, nebulización, yeso, etc.). Según la complejidad del establecimiento asistencial el servicio de guardia puede contar con radiología en su área y en consecuencia contará con las unidades de producción de ella derivada.

El paciente que se interna lo hace por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente en el servicio o por derivación de otra institución o de un servicio de emergencias extrahospitalario. Esta internación puede hacerse de acuerdo a la gravedad que el paciente presente en tres niveles: Observación; Hospitalizado de emergencia; Hospitalizado de urgencia. Observación: Son pacientes cuya patología no está definida en cuanto a la necesidad de hospitalización y que son sometidos a control o algún tipo de medicación (analgésicos, antiespasmódicos, broncodilatadores). La observación es una internación transitoria, hasta las seis horas. A partir de allí se decide su alta, su derivación o su pase a hospitalización. Registro: no es necesario la apertura de historia clínica y se sugiere un parte de observación de guardia y el registro adecuado en un libro foliado para fines administrativos y eventualmente legales. Hospitalización (Internación en Guardia): Registro: inicio de historia clínica con derivación al servicio que corresponda. Esta internación puede ser de dos tipos: a) de emergencia. b) de urgencia a) de emergencia: pacientes críticos con inminencia de muerte. Para ello debe disponerse de una sala de reanimación o Shock Room (estabi-

lización hemodinámica). El destino posterior es unidad de cuidados intensivo (UTI-UCO) quirófano, morgue. El registro es la historia clínica que debe ser confeccionada y es el documento para todo trámite administrativo o legal. b) de urgencia: Para el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad pero sin muerte inminente por la misma. Se denomina hospitalización de guardia. El registro es la historia clínica. Su destino posterior es unidades de cuidados intensivos, (UTI-UCO), quirófano, internación general a cargo de los distintos servicios. El alta se da entre las 24 y 36 hs. de su ingreso pudiendo trasladarse a otro servicio del hospital, o a otro hospital, o más rara vez a su domicilio.

A. Sector Internación

1. **Observación de pacientes:** Boxes y salas de 2 camas para observación de pacientes que no están en estado crítico. El número de camas dependerá del tipo de hospital y la demanda. Se estima un número no menor a 2 camas y de preferencia 4. Estas habitaciones deben contar con cama camilla con cabecera rebatible y barandas laterales, equipamiento mobiliario adecuado (según normas de habilitación jurisdiccional)
2. **Salas de reanimación o shock room.** Las medidas de la misma deben permitir la libre circulación de equipos y personal. Se estima como mínimo 12 m² por cama con puerta de entrada que permita el libre acceso de camillas. Equipamiento ad. Hoc.
3. **Salas de internación de guardia.**
4. **Office de enfermería.** Con equipamiento adecuado, sector limpio y sucio con depósito de medicamentos e insumos necesarios.

Sala de reanimación y estabilización hemodinámica (shock room). Superficie 12 m² por cama. Temperatura 25/26 grados. Humedad ambiente 30 - 60%. Recambio de aire 2 veces por hora.

Cama camilla con cabecera rebatible, articulada, con espacio para proceder desde la cabecera a maniobras de reanimación. En la cabecera deben ubicarse: soportes para sostener monitores y bombas de infusión. Alarmas y sistemas de comunicación. Enchufes en cantidad suficiente y no menos de cinco y a setenta centímetros del suelo. Salidas de oxígeno y aspiración central. De no existir allí, deberán ubicarse tubos de oxígeno con válvula reductora y aspirador eléctrico portátil con un motor de 3/4 HP como mínimo. Pileta de lavados de manos con canilla operada con el pie o codo y profunda para evitar salpicaduras de agua.

Paredes y coberturas de piso lavables y adecuadamente pintadas. Iluminación adecuada general de 100 w. y de gran intensidad focalizada de 150 ó 200w y esta última con algún sistema de aproximación. Conexión al grupo electrógeno.

Negatoscopio. Elementos de examen clínico (Tensiómetro. Estetoscopio adulto y pediátrico. Termómetro).

Equipamiento. Cardiovascular: Electrocardiógrafo: Monitor con cardioversor y desfibrilador. Con electrodos descartables adultos y pediátricos. Paleta desfibrilador adultos y pediátricos y posibilidad de uso interno. Oxímetro de pulso. Marcapaso interno transitorio (o posibilidad de disponer de él). **Vía aérea:** Cánulas orofaríngeas. Pinza de Magill. Sets de intubación: laringoscopio de tres ramas rectas y tres ramas curvas con pilas. Tubos endotraqueales con mandril (Adulto, pediátrico y neonatal). Conectores y tubuladuras necesarias. Equipamiento para Cricotricotiroideostomía, traqueostomía con cánulas ad-hoc adulto y pediátrica. Bolsas máscara con reservorio (tipo ambu) para adultos, pediátrico y lactantes si fuera necesario. Máscaras tipo campbell de preferencia con reservorios. Humidificador con calentador para oxígeno aspirado. Respirador de preferencia de transporte y volumétrico. **Equipo quirúrgico.** Para drenaje de tórax con catéteres adecuados y con tubuladuras, tubos bitubulares y aspirador si fuera necesario. Cajas de cirugía menor: 1 Cajas de suturas: 2 Cajas de punción abdominal: 1. Bandeja sonda vesical canalización. Punción subclavia o yugular, de colocación de sonda nasogástrica. Equipamientos para atención de quemados: irrigador con conexión a canilla. Gasas y geles necesarios. Sábana fría estéril. Otros según necesidad. **Equipamiento para trauma.** Tablas largas y cortas con inmovilizadores. Collares

tipo Filadelfia de distintos tamaños. Férulas de inmovilización. Camilla para traslados En el área debe contarse con depósitos de equipos esterilizados de ropa y campos quirúrgicos. Gasas furacinadas. Vaselineadas, guantes descartables. Potes de vaselina y pasta para quemados. Material de sutura. Soluciones parenterales y medicamentos de uso común. Es recomendable disponer de “carro de parocardiaco”, que permita el traslado de medicamentos, soluciones parenterales, insumos, dispositivos de uso médico, ropa y elementos de electricidad, de un lugar a otro del shock room y que esté disponible para el resto del sector internación del área. **Habitación de observación:** Superficie suficiente para asegurar 6 m² por cama. Temperatura ambiente de 24 - 25° humedad y recambio de aire adecuados. Iluminación natural por ventana y artificial eléctrica general intensa y focalizada a la cabecera y se recomienda luz de lectura o de noche a la cabecera. Pileta de lavado de manos 1 cada 2 camas. A la cabecera de la cama deberá contarse con soportes que permitan la instalación de equipos diversos (bombas de infusión, monitores etc.) sistema de comunicación, timbres de alarma. Enchufes necesarios no menos de 2 y a 70 cm del suelo. Negatoscopio. **Equipamiento.** Tensiómetro. Estetoscopio. Panendoscopio. Termómetro y elementos varios (orinales, chatas, etc.). Frontoluz, fotófero.

Esta habitación será de internación para el paciente que prolongue su estadía en la guardia. Dependiendo de la complejidad del servicio y del hospital se trasladará a una habitación denominada habitación de internación que deberá contar con todos los elementos de la habitación de observación, pero para una o dos camas como máximo.

B. Sector Ambulatorio

Consultorios: El número total dependerá del tipo de hospital, de la demografía y de la epidemiología, y de otras circunstancias que configuren la demanda. Estos deberán cumplir con las normas de habilitación jurisdiccionales. Los mismos pueden ser generales o de especialidades entre ellas los traumatológicos y ginecobstétricos. Debe considerarse la existencia en el área de una sala de yesos contigua al consultorio traumatológico. Es recomendable una sala para procedimientos médicos (suturas, punciones, etc.). Los consultorios pediátricos deben estar separados del resto. Todos los consultorios deben estar equipados con instrumental y mobiliario adecuado. Y contar con un lavabo. Deben poseer bolsas en receptáculo para descarte de material y residuos patológicos. Los consultorios ginecológicos y obstétricos deben tener baño.

Office de enfermería. Este sector deberá contar con mobiliario adecuado, vitrinas y armarios para el depósito de medicamentos y materiales de uso diario. Heladera para medicamentos y vacunas en el office de enfermería. Cocina de 2 hornallas u horno microonda en el office. Iluminación de emergencia y conexión a grupo electrógeno.

C. Sector de Administración

Puede ser el mismo que aquel destinado a la admisión de pacientes, debiendo contar con elementos de comunicación con los consultorios y restos del hospital y sectores del área. Además contará con equipamiento informático necesario.

D. Áreas de Apoyo

Radiología. Puede ser propia o del hospital según tipo de hospital. Debe contar con equipo convencional con buena resolución como mínimo. Ecógrafo portátil de preferencia. Equipo de radiología portátil opcional. Para hospitales de mayor nivel deberá disponerse de TAC las 24 hs.

Laboratorio. Central del hospital. Propio del área opcional (métodos automáticos al lado del paciente). El laboratorio central deberá remitir de urgencia los siguiente estudios: Hematocrito, recuento y fórmula, ionograma, glucemia, bilirrubina, amilasa, enzimas (TGP, TGOA, CPK), urea. Coagulación (Tiempo de protombina, coagulación y sangría, KPTT). Estado ácido base. Sedimento urinario. Disponer de elementos y técnicas para recolección de muestras para cultivo y antibiograma.

Hemoterapia: Banco de sangre accesible, y la ejecución de técnicas de compatibilización adecuadas y grupos sanguíneos disponibles las 24 hs.

Recurso humano: El área podrá contar con un Director de Emergencias o Coordinador o Jefe de Servicio dependiente de la Dirección Médica del Hospital. PERFIL: Médico emergentólogo a cargo de la misma. Dicho médico podrá ser cirujano, clínico, terapeuta intensivo o anestesta con dedicación a emergencias y con título certificado y recertificado en ATLS. El recurso humano se completa con:

Médicos:

Jefe de guardia de día: Cirujano con experiencia en politraumatismos. Con residencia completa o cinco años de recibido. Opcional ATLS certificado y recertificado. Dedicación 24 hs.

Médicos auxiliares: De acuerdo al hospital debe contarse con uno o dos médicos auxiliares del jefe de guardia pudiendo ser éstos clínicos o cirujanos, residencia completa con experiencia en medicina de urgencia y atención del politraumatizado agudo.

Traumatólogo: Con residencia completa y entrenamiento en atención del politraumatizado, de preferencia con ATLS certificado o recertificado.

Anestesiólogo: Este podrá ser del hospital pero disponible las 24 hs.

Pediatra: Si el hospital no tuviere guardia pediátrica aparte debe contarse con un médico pediatra con residencia completa o 5 años de experiencia y con dedicación a urgencia y emergencias. Opcional ATLS certificado y recertificado.

Ginecobstetra: Deberá disponerse la presencia de esta especialidad en el hospital las 24 hs. de acuerdo a demanda.

Cardiólogo: Cardiólogo y posibilidad de efectuar electrocardiogramas las 24 hs. del día.

Otros médicos: Estos podrán incorporarse a la guardia de acuerdo al tipo de hospital y a la demanda: Endoscopista (guardia pasiva). Neurocirujano, oftalmólogo, neonatólogo, urólogo, salud mental, etc.

Enfermería:

Encargada, jefa de guardia o coordinadora dependiente del departamento de enfermería: Perfil: enfermera de nivel superior.

Deberá contarse por turno con una Enfermera cada 6 camas o fracción, incluyendo el Shock Room. Auxiliar de Enfermería: 1 cada 8 camas o fracción. Mucamas: 1 cada 12 camas.

Enfermera ambulatoria: Puede ser enfermera o auxiliar de enfermería. Según necesidad una por turno o cubriendo mínimamente de 8 a 22 hs.

Camillero: Puede ser del hospital pero se debe disponer de 1 por turno para el sector. Dependencia Departamento de Enfermería.

Hemoterapia: Técnico de guardia activa en el hospital. Médico hemoterapeuta pasivo.

Laboratorio: Técnico de Guardia activo del hospital las 24 hs.

Diagnóstico por imágenes: Técnico de guardia activo del hospital, las 24 hs. Médico radiólogo pasivo.

Mantenimiento general: Guardia activa en el hospital

Seguridad: Personal de vigilancia del hospital y afectación al servicio

Normas de funcionamiento:

- Registros e historias clínicas de guardia
- Libros de guardia foliados
- Normas de atención del politraumatizado de urgencia.
- Normas de control de infecciones
- Normas de derivación de referencia y contrarreferencia
- Normas de atención de urgencia HIV-SIDA
- Manual de procedimientos técnico-administrativos (recepción, altas, traslados, denuncia policial, denuncia obligatoria a autoridad sanitaria, estadística, censos, etc.)

Requisitos según categorización de establecimientos:

	I Bajo riesgo	II Moderado riesgo	III Alto riesgo
<i>Planta física</i>			
<i>Ambulatorio</i>			
Consultorio general	si	si	si
Consultorio diferenciado	no	si	si
Sala de yeso	no	si	si
Sala de procedimientos	si	si	si
Enfermería	si	si	si
<i>Internación</i>			
Sala de triage	no	no	si
Sala de observación	si	si	si
Habitación de internación	no	si	si
Sala de reanimación	no	si	si
Enfermería	si	si	si
Habitación de aislamiento	no	no	si
Depósitos	si	si	si
Admisión (administración)	si	si	si
Sala de médicos	si	si	si
Radiología en el área	no	opcional	si
Radiología en el hospital	si	si	si
Ecografía en el área	no	no	opcional
Ecografía en el hospital	si	si	si
Quirófano en el área	no	no	opcional
Quirófano en el hospital	opcional	si	si
Esterilización en el área	no	no	opcional
Esterilización en el hospital	si	si	si
Laboratorio en el área	no	no	opcional
Laboratorio en el hospital	si	si	si
Banco de sangre	no	opcional	si
TAC/hospital	no	disponible	si
<i>Servicio de radiología y</i>			
Hemodinámica en hospital	no	no	si
Servicio de endoscopia	no	disponible	si
Farmacia en el hospital	si	si	si
Stock en guardia	si	si	si

<i>Recursos humanos</i>			
Director de emergencias	<i>no</i>	<i>opcional</i>	<i>si</i>
Jefe de guardia	<i>si</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
<i>Médicos de guardia por día</i>			
Clínico	<i>opcional</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
Traumatólogo	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
Cirujano	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
Ginecobstetra	<i>no</i>	<i>opcional</i>	<i>si</i>
Cardiólogo	<i>no</i>	<i>disponible</i>	<i>si</i>
Psiquiatra	<i>no</i>	<i>opcional (h)</i>	<i>si (h)</i>
Hemoterapeuta	<i>opcional</i>	<i>si (h)</i>	<i>si (h)</i>
Endoscopista	<i>no</i>	<i>disponible (h)</i>	<i>si</i>
Neurocirujano	<i>no</i>	<i>si (h)</i>	<i>si</i>
Neurólogo	<i>no</i>	<i>opcional (h)</i>	<i>si (h)</i>
Radiólogo	<i>no</i>	<i>si (h)</i>	<i>si (h)</i>
Hemodinamista	<i>no</i>	<i>opcional (h)</i>	<i>si (h)</i>
Anestesista	<i>disponible</i>	<i>si (h)</i>	<i>si</i>
<i>Enfermería</i>			
Departamento de enfermería	<i>no</i>	<i>opcional</i>	<i>si</i>
Supervisora de guardia	<i>no</i>	<i>opcional</i>	<i>si</i>
Jefa de enfermera	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
Enfermeras c/6 camas 1	<i>si</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
<i>Por turno</i>			
Auxiliares de enfermería	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
C/8 camas 1 por turno			
Mucamas 1 c/12 camas	<i>si</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
<i>P/turno</i>			
Camillero propio	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>si</i>
Camillero hospital	<i>si</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
Ambulancia disponible	<i>si</i>	<i>si</i>	<i>si</i>
<i>Aclaración: (h) en el hospital</i>			

• **MERCOSUR/GMC/RES. No. 12/07, Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.**

<http://www.sice.oas.org/Trade/MRCSRS/Resolutions/Res4807.pdf>

El grupo mercado común resuelve:

Artículo 1. Aprobar las “Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia”, que constan en Anexos I y II y forman parte de la presente Resolución.

- Las Directrices establecidas en el Anexo I se aplican a la atención prehospitalaria fija en unidades no hospitalarias y unidades hospitalarias de atención de Urgencia y Emergencia;
- Las Directrices establecidas en el Anexo II se aplican a la atención prehospitalaria fija de Urgencia y Emergencia en unidades de atención primaria;
- Estas Directrices no incluyen la atención pre-hospitalaria móvil.

Artículo 2. El seguimiento y actualización de las Directrices será realizado por el SGT No. 11, cuyas funciones incluirán lo siguiente: intercambios de información, propuestas de pautas, estándares y procedimientos operacio-

nales, análisis de los avances nacionales en la materia y estudio de la adecuación de las Directrices no establecidas en la presente Resolución.

Artículo 3. *Los Organismos Nacionales competentes para la implementación de la presente Resolución son:*

- Argentina: Ministerio de Salud
- Brasil: Ministério da Saúde
- Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Artículo 4. *Esta Resolución no necesita ser incorporada al ordenamiento jurídico de los Estados Partes.*

Anexo I. Directrices para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia

1. Objetivo

Establecer Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.

2. Definición

- 2.1. *Emergencia: constatación médica de condiciones de agravamiento de la salud que impliquen riesgo inminente de muerte o sufrimiento intenso, exigiendo, por tanto, tratamiento médico inmediato.*
- 2.2. *Directrices: conjunto de instrucciones o pautas para orientar acciones que califiquen los Servicios de salud.*
- 2.3. *Urgencia: Hecho imprevisto de agravamiento de la salud con o sin riesgo potencial de la vida, cuyo portador necesita de asistencia médica inmediata.*

3. Requisitos

- 3.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia fijo puede funcionar como un servicio de salud independiente o inserto en un establecimiento con internación con mayor capacidad de resolución.*
 - 3.1.1. *Los Servicios de Urgencia y Emergencia deben estar organizados y estructurados considerando la red de atención a la salud existente.*
- 3.2. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia, público o privado, debe poseer o estar inserto en un servicio de salud que posea la Habilitación o licencia de Funcionamiento, actualizada periódicamente, expedida por el órgano sanitario competente, de acuerdo con la normativa de cada Estado Parte.*
- 3.3. *La construcción, reforma o adaptación a la estructura física del Servicio de Urgencia y Emergencia debe ser precedida del análisis y aprobación del proyecto junto al órgano competente, así como la verificación de la ejecución de las obras conforme aprobados.*
- 3.4. *Es de responsabilidad de la administración del servicio de salud prever y proveer los recursos humanos, equipamientos, materiales y medicamentos necesarios para el funcionamiento de los Servicios de Urgencia y Emergencia.*
- 3.5. *La dirección general del establecimiento y el jefe del Servicio de Urgencia y Emergencia tienen la responsabilidad de planear, implementar y garantizar la calidad de los procesos.*
- 3.6. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de instrucciones escritas y actualizadas de las rutinas técnicas implementadas.*
- 3.7. *Las rutinas técnicas deben ser elaboradas en conjunto con las áreas involucradas en la asistencia al paciente, asegurando la asistencia integral y la interdisciplinariedad.*
- 3.8. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 3.8.1. *poseer estructura organizacional documentada;*
 - 3.8.2. *preservar la identidad y la privacidad del paciente, asegurando un ambiente de respeto y dignidad;*
 - 3.8.3. *promover un ambiente acogedor;*
 - 3.8.4. *incentivar y promover la participación de la familia en la atención al paciente;*

- 3.8.5. *Ofrecer orientación al paciente y a los familiares en lenguaje claro, sobre el estado de salud y la asistencia a ser prestada, desde la admisión hasta el alta.*
4. *Recursos humanos*
 - 4.1. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de los siguientes profesionales de la salud:*
 - 4.1.1. *Un Responsable Técnico con formación médica, legalmente habilitado.*
 - 4.1.1.1. *El médico responsable técnico puede asumir la responsabilidad por 1 (un) Servicio de Urgencia y Emergencia;*
 - 4.1.1.2. *En caso de ausencia del responsable técnico, el servicio debe contar con un profesional legalmente habilitado para substituirlo;*
 - 4.1.1.3. *El médico responsable técnico debe estar capacitado en administración de salud;*
 - 4.1.1.4. *En el caso del médico responsable técnico que no posea esta capacitación, debe contar con soporte de un equipo del servicio de salud que sea capacitado en administración en salud.*
 - 4.1.1.5. *En el Servicio de Urgencia y Emergencia hospitalaria, el responsable técnico debe poseer título de especialista en su área de actuación profesional.*
 - 4.1.2. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de equipo médico en cantidad suficiente para la atención 24 horas de las situaciones de Urgencias y Emergencias de todas las actividades correspondientes.*
 - 4.1.2.1. *El servicio debe contar, con un clínico general, pediatra, ginecobstetra y cirujano capacitados para atención de las Urgencias y Emergencias.*
 - 4.1.2.2. *El servicio de Urgencia y Emergencia de mayor complejidad debe contar también con profesionales especializados de acuerdo con el perfil de atención, capacitados para atención de las Urgencias y Emergencias.*
 - 4.1.3. *Un enfermero exclusivo de la unidad, responsable para la coordinación de la asistencia de enfermeros.*
 - 4.1.3.1. *Equipo de enfermeras en cantidad suficiente para la atención de los Servicios las 24 horas del día en todas las actividades correspondientes.*
 - 4.2. *Todos los profesionales de los Servicios de Urgencia y Emergencia deben ser vacunados de acuerdo a las leyes vigentes.*
 - 4.3. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe promover entrenamiento y educación permanente en conformidad a las actividades desarrolladas, a todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes, manteniendo disponibles los registros de su realización y de la participación de estos profesionales.*
5. *Infraestructura física*
 - 5.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de infraestructura física dimensionada de acuerdo a la demanda, complejidad y perfil asistencial de la unidad, garantizando la seguridad y continuidad de la asistencia al paciente.*
 - 5.1.1. *El Servicio de Urgencia debe garantizar, conforme al perfil asistencial, el acceso independiente para pediatría.*
 - 5.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer de acuerdo al perfil de atención, los siguientes ambientes:*
 - 5.2.1. *Área externa cubierta para entrada de ambulancias;*
 - 5.2.2. *Sala de recepción y espera, con sanitarios para usuarios;*
 - 5.2.3. *Sala de archivo de Legajos médicos;*
 - 5.2.4. *Sala de clasificación de riesgo;*
 - 5.2.5. *Área de higienización;*
 - 5.2.6. *Consultorios;*
 - 5.2.7. *Sala para asistente social;*

- 5.2.8. *Sala de procedimientos con área para sutura, curación, rehidratación, y administración de medicamentos;*
- 5.2.9. *Área para nebulización;*
- 5.2.10. *Sala de Urgencia y Emergencia para reanimación y estabilización, con área mínima de 12,0 m² por cama;*
- 5.2.11. *Salas de observación masculina, femenina, pediátrica y aislados, con área mínima de 9,0 m² por cama, con puesto de enfermería, sanitarios y duchas;*
- 5.2.12. *Sala de recolección de muestras;*
- 5.2.13. *Área médica y de enfermería;*
- 5.2.14. *Sala para desechos;*
- 5.2.15. *Depósito para material de limpieza;*
- 5.2.16. *Vestuarios y sanitarios para personal;*
- 5.2.17. *Sala para examen radiológico;*
- 5.2.18. *Farmacia;*
- 5.2.19. *Depósito de materiales.*
- 5.3. *Los ítems 5.2.3, 5.2.7, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18 y 5.2.19, pueden ser compartidos con otras unidades del servicio de salud.*
- 5.4. *Los Servicios de Urgencia y Emergencia que prestan atención quirúrgica deben contar en su área física o en el establecimiento donde estuviese inserto, con:*
 - 5.4.1. *Centro quirúrgico;*
 - 5.4.2. *reas de apoyo técnico y logístico.*
- 5.5. *El Servicio de Urgencia y Emergencia que presta atención traumatológica y ortopédica debe contar en su área física o en el establecimiento donde esté inserto, con sala para enyesar y reducir fracturas;*
- 5.6. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer instalaciones en el predio que tengan las siguientes características:*
 - 5.6.1. *sistema de energía eléctrica de emergencia para energizar el equipamiento de soporte vital y de los circuitos de iluminación de urgencia;*
 - 5.6.2. *circuitos de iluminación distintos, de forma a evitar interferencias electromagnéticas en el equipamiento y las instalaciones;*
 - 5.6.3. *sistema de abastecimiento de gas medicinal centralizado, con punto de oxígeno, y aire medicinal en las salas de nebulización, sala de observación y sala de Urgencia y Emergencia;*
- 5.7. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer circulación y puertas dimensionadas para el acceso de camillas y sillas de ruedas.*
- 6. *Materiales y equipamientos*
 - 6.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe mantener disponible en la unidad de:*
 - 6.1.1. *estetoscopio adulto/infantil;*
 - 6.1.2. *esfigmomanómetro adulto/infantil;*
 - 6.1.3. *otoscopio adulto/infantil;*
 - 6.1.4. *oftalmoscopio;*
 - 6.1.5. *espejo laríngeo;*
 - 6.1.6. *resucitador manual con reservorio adulto/infantil;*
 - 6.1.7. *desfibrilador con marca pasos externo;*
 - 6.1.8. *monitor cardíaco;*
 - 6.1.9. *tensiómetro de pulso;*
 - 6.1.10. *electrocardiógrafo;*
 - 6.1.11. *equipamiento para detección de glicemia capilar;*
 - 6.1.12. *aspirador;*
 - 6.1.13. *bomba de infusión con batería y equipo universal;*

- 6.1.14. *cilindro de oxígeno portátil y red canalizada de gases o balón de O₂, definido de acuerdo al porte de la unidad;*
- 6.1.15. *camilla con ruedas y barandas;*
- 6.1.16. *máscara para resucitador adulto/infantil*
- 6.1.17. *respirador mecánico adulto/infantil;*
- 6.1.18. *foco quirúrgico portátil;*
- 6.1.19. *foco quirúrgico con batería;*
- 6.1.20. *negatoscopio;*
- 6.1.21. *máscaras, sondas, drenajes, cánulas, pinzas y catéteres para diferentes usos;*
- 6.1.22. *laringoscopio infantil/adulto;*
- 6.1.23. *material para cricotiroidostomía;*
- 6.1.24. *equipos de macro y microgoteros;*
- 6.1.25. *caja completa de cirugía menor;*
- 6.1.26. *collares de inmovilización cervical tamaños P, M y G;*
- 6.1.27. *plancha larga para inmovilización de la víctima en caso de trauma;*
- 6.1.28. *plancha corta para masaje cardíaco;*
- 6.1.29. *instrumentos necesarios para resucitación cardiorespiratoria;*
- 6.1.30. *medicamentos que garanticen la asistencia en Urgencias y Emergencias.*
- 6.1.31. *asiento removible destinado al acompañante, 01 (uno) para cada cama de observación;*
- 6.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 6.2.1. *mantener instrucciones escritas, de uso y mantenimiento, referentes a equipamientos o instrumentos, las que pueden ser sustituidas o complementadas por manuales del fabricante;*
 - 6.2.2. *asegurar el estado de integridad del equipamiento;*
 - 6.2.3. *registrar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos.*
- 6.3. *Los medicamentos, materiales, equipamientos e instrumentos utilizados, nacionales e importados, deben estar regularizados ante los organismos competentes.*
- 7. *Acceso a los recursos asistenciales*
 - 7.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer o garantizar el acceso, en el tiempo debido a los siguientes recursos asistenciales, diagnósticos y terapéuticos, específicos para la franja etárea asistida:*
 - 7.1.1. *cirugía general;*
 - 7.1.2. *clínica y cirugía obstétrica y ginecológica;*
 - 7.1.3. *clínica y cirugía vascular;*
 - 7.1.4. *clínica y cirugía neurológica;*
 - 7.1.5. *clínica y cirugía ortopédica;*
 - 7.1.6. *clínica y cirugía oftalmológica;*
 - 7.1.7. *clínica y cirugía urológica;*
 - 7.1.8. *clínica y cirugía odontológica y bucomaxilofacial;*
 - 7.1.9. *clínica gastroenterológica;*
 - 7.1.10. *clínica nefrológica;*
 - 7.1.11. *clínica psiquiátrica;*
 - 7.1.12. *clínica para quemados;*
 - 7.1.13. *terapia intensiva;*
 - 7.1.14. *radiología intervencionista;*
 - 7.1.15. *nutrición, incluyendo nutrición enteral y parenteral;*
 - 7.1.16. *hemoterapia;*
 - 7.1.17. *hemodiálisis;*
 - 7.1.18. *laboratorio clínico, incluyendo microbiología y hemogasometría;*
 - 7.1.19. *anatomía patológica;*
 - 7.1.20. *radiología convencional, incluyendo aparato de radiografía móvil;*

- 7.1.21. *ultra-sonografía, inclusive portátil;*
 - 7.1.22. *ecodoppler;*
 - 7.1.23. *tomografía computarizada;*
 - 7.1.24. *resonancia magnética;*
 - 7.1.25. *fibrobroncoscopía;*
 - 7.1.26. *endoscopia digestiva;*
 - 7.1.27. *electroencefalografía*
8. *Procesos operacionales asistenciales*
- 8.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe prestar al paciente asistencia integral e interdisciplinaria cuando sea necesario.*
 - 8.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe realizar, por profesionales de salud capacitados, clasificación de los pacientes por niveles de riesgo.*
 - 8.2.1. *La clasificación de riesgo debe considerar el grado de necesidad del paciente y el orden de atención debe darse de acuerdo con los protocolos clínicos de servicio.*
 - 8.3. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe garantizar que la transferencia del paciente, en caso de necesidad, sea realizada después de asegurar la disponibilidad de camas en el servicio de referencia, en transporte adecuado a las necesidades.*
 - 8.3.1. *Cuando fuera necesario la transferencia para una Unidad de Terapia Intensiva, ésta debe ser efectuada lo más rápido posible.*
 - 8.4. *Un equipo de Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 8.4.1. *implantar e implementar acciones de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia y acciones de prevención y control de infección y de eventos adversos;*
 - 8.4.2. *contribuir con la investigación epidemiológica de brotes y eventos adversos y adoptar medidas de control;*
 - 8.4.3. *proceder al Uso Racional de Medicamentos, especialmente de antimicrobianos.*
 - 8.5. *Todo paciente debe ser evaluado en cuanto a su estado clínico en todos los turnos y en las interconsultas clínicas, por los equipos médicos y de enfermería, con registro legible y firmado en la ficha de atención o historia clínica.*
 - 8.6. *La evaluación de otros profesionales involucrados en la asistencia al paciente debe ser registrada de manera legible y firmada en la ficha de atención o historia clínica.*
9. *Transporte interhospitalario*
- 9.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe tener disponible, para el transporte de pacientes graves, los siguientes materiales y medicamentos:*
 - 9.1.1. *Camilla para transporte de pacientes adultos y pediátricos, con barandas laterales, soporte para soluciones parenterales y soporte para balón de oxígeno;*
 - 9.1.2. *balón transportable de oxígeno;*
 - 9.1.3. *ventilador para transporte;*
 - 9.1.4. *material de Emergencia para reanimación conteniendo medicamentos antiarrítmico, antihipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoactivas, vasodilatador y vasoconstrictor coronarios, anticonvulsivante, glucosa hipertónica e isotónica, suero fisiológico y agua destilada;*
 - 9.1.5. *equipamientos de Emergencia para reanimación, incluyendo resucitador manual con reservas, laringoscopio completo, máscaras, tubos endotraqueales conectores y cánulas de Guedel de numeración correspondiente al paciente transportado, y guía estéril;*
 - 9.2. *Todo paciente grave debe ser transportado con acompañamiento continuo de un médico o de un enfermero, con habilidad comprobada para la atención de Urgencia y Emergencia, inclusive cardiorespiratoria.*

- 9.3. *El transporte del paciente grave debe ser realizado de acuerdo al manual de normas, rutinas y procedimientos establecidos por el equipo del servicio de forma de garantizar la continuidad de la asistencia.*
10. *Bioseguridad*
 - 10.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe mantener actualizadas y disponibles, para todos los funcionarios, instrucciones escritas de bioseguridad, contemplando los siguientes ítems:*
 - 10.1.1. *normas y conductas de seguridad biológica, química, física, ocupacional y ambiental;*
 - 10.1.2. *instrucciones de uso para los equipamientos de protección individual (EPI) y de protección colectiva (EPC);*
 - 10.1.3. *procedimientos en caso de accidentes;*
 - 10.1.4. *manipulación y transporte de material y de muestra biológica.*
11. *Prevención y control de infecciones y eventos adversos*
 - 11.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe adoptar medidas sistemáticas para prevención y control de infecciones y eventos adversos.*
 - 11.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe contar con:*
 - 11.2.1. *instrucciones de limpieza, desinfección y esterilización, cuando sea aplicable, de las superficies, instalaciones, equipamientos y materiales.*
 - 11.2.2. *condiciones para la higiene de manos de los profesionales de salud, pacientes y familiares.*
 - 11.3. *Los productos usados en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser utilizados siguiendo las especificaciones del fabricante, que deben estar reglamentados por el órgano competente.*

Anexo II. Directrices para organización y funcionamiento de los servicios de urgencia y emergencia en unidades de atención primaria

1. *Objetivo*
Establecer Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios que presten atención de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria, para atención de pacientes con cuadros agudos o crónicos agudizados, cuya complejidad sea compatible con este nivel de asistencia.
2. *Recursos humanos*
 - 2.1. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe disponer de los siguientes profesionales de salud:*
 - 2.1.1. *Médico general calificado para atención de Urgencia y Emergencia;*
 - 2.1.2. *Odontólogo;*
 - 2.1.3. *Equipo de enfermería (licenciados, técnicos y auxiliares).*
3. *Infraestructura física*
 - 3.1. *La unidad de atención primaria debe poseer para la atención de pacientes en situación de Urgencia y Emergencia:*
 - 3.1.1. *Sala de Emergencia para reanimación y estabilización, con área mínima de 12,0 m² por cama;*
 - 3.1.2. *Salas de observación, con área mínima de 9,0 m² por cama, sanitarios y duchas.*
 - 3.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidad de Atención Primaria debe poseer circulación y puertas dimensionadas para el acceso de camillas y sillas de ruedas.*
4. *Materiales y equipamientos*
 - 4.1. *Las unidades de atención primaria deben mantener disponibles:*
 - 4.1.1. *resucitador manual, con reservas, adulto e infantil;*
 - 4.1.2. *instrumental e insumos para liberar vías aéreas y resucitación cardiorespiratoria;*
 - 4.1.3. *oxígeno;*
 - 4.1.4. *aspirador y nebulizador portátil o fijo;*

- 4.1.5. *material para pequeñas suturas;*
- 4.1.6. *material para inmovilizaciones, tales como collares, férulas, y tablas de inmovilización;*
- 4.1.7. *material de emergencia para reanimación conteniendo medicamentos antiarrítmico, antihipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoactivas, vasodilatador y vasoconstrictor coronarios, anticonvulsivante, glucosa hipertónica e isotónica, suero fisiológico y agua destilada;*
- 4.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe:*
 - 4.2.1. *mantener instrucciones escritas, de uso y mantenimiento, referentes a equipamientos o instrumentos, las cuales pueden ser sustituidas o complementadas por manuales del fabricante;*
 - 4.2.2. *asegurar el estado de integridad del equipamiento;*
 - 4.2.3. *registrar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos.*
- 4.3. *Los medicamentos, materiales, equipamientos e instrumentos utilizados, nacionales e importados, deben estar reglamentados por el órgano competente.*
- 5. *Procesos operacionales asistenciales*
 - 5.1. *Las unidades de atención primaria deben ser realizadas, por profesionales de salud capacitados, clasificación de los pacientes por niveles de riesgo.*
 - 5.2. *Las unidades de atención primaria deben tener garantizada la existencia de disponibilidad en el servicio de referencia en caso de necesidad de transferencia del paciente.*
 - 5.2.1. *Las unidades de atención primaria deben garantizar que la transferencia del paciente sea realizada en transporte adecuado.*
 - 5.3. *Las unidades de atención primaria deben promover entrenamiento y educación permanente en conformidad con las actividades desarrolladas, a todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes en situación de Urgencia y Emergencia, manteniendo disponibles los registros de su realización y de la participación de estos profesionales.*
- 6. *Bioseguridad*
 - 6.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe mantener actualizadas y disponibles, para todos los funcionarios, instrucciones escritas de bioseguridad, contemplando los siguientes ítems:*
 - 6.1.1. *normas y conductas de seguridad biológica, química, física, ocupacional y ambiental;*
 - 6.1.2. *instrucciones de uso para los equipamientos de protección individual (EPI) y de protección colectiva (EPC);*
 - 6.1.3. *procedimientos en caso de accidentes;*
 - 6.1.4. *manipulación y transporte de material y de muestra biológica.*
- 7. *Prevención y control de infecciones y eventos adversos*
 - 7.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe adoptar medidas sistemáticas para prevención y control de infecciones y eventos adversos.*
 - 7.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe contar con:*
 - 7.2.1. *instrucciones de limpieza, desinfección y esterilización, cuando sea aplicable, de las superficies, instalaciones, equipamientos y materiales.*
 - 7.2.2. *condiciones para la higiene de manos de los profesionales de salud, pacientes y familiares.*
 - 7.3. *Los productos usados en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser utilizados siguiendo las especificaciones del fabricante, que deben estar reglamentados por el órgano competente.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Ley No. 25.367 Sancionada el 22 de noviembre de 2000 y promulgada el 15 de diciembre de 2000. Crea el Departamento de Emergencias Coordinadas en el ámbito del Ministerio del Interior.** Asigna el número telefónico *911, asterisco novecientos once, para recibir denuncias.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso etc., sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1. *Créase dentro del ámbito del Ministerio del Interior, el Departamento de Emergencias Coordinadas, el que tendrá a su cargo dar las primeras instrucciones frente a los distintos tipos de emergencias y derivar el pedido o denuncia a las reparticiones públicas o privadas con competencia.*

Artículo 2. *A fin de implementar el sistema de emergencias coordinadas dótase al mismo, de un único número de teléfono de tres cifras (*911, asterisco novecientos once), que será el mismo en todo el país, a fin de receptar las denuncias. Las llamadas serán sin cargo y podrán hacerse desde teléfonos públicos, semipúblicos, privados o celulares.*

Artículo 3. *El Departamento llevará un registro de las llamadas identificadas electrónicamente, para la confección de estadísticas que permitan elaborar políticas de prevención de accidentes.*

Artículo 4. *Las compañías licenciatarias del Servicio Básico Telefónico, deberán reservar y poner a disposición del Ministerio del Interior, una línea gratuita para las llamadas a que se refiere el artículo 1° de la presente ley.*

Artículo 5. *Se deberá realizar en todo el territorio nacional una amplia campaña de publicidad del sistema de emergencias coordinadas y del número telefónico asignado.*

Artículo 6. *El Ministerio del Interior, coordinará con las provincias la implementación del sistema en las distintas jurisdicciones.*

Artículo 7. *Invítase a las provincias a adherir a la presente ley.*

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Resolución No. 749/2000 del Ministerio de Salud de la Nación de 6 de septiembre de 2000, publicada el 12 de septiembre de 2000. Normativa para móviles de traslado sanitario —servicios terrestres—Aprobación. Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

Artículo 1. *Apruébase el documento referido a “Normativa para Móviles de Traslado Sanitario —Servicios Terrestres—”, que como Anexo forman parte integrante de la presente Resolución.*

Artículo 2. *Incorpórase la “Normativa para Móviles de Traslado Sanitario —Servicios Terrestres—.” Al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.*

...

Normativa para Móviles de Traslado Sanitario

En cumplimiento de la Resolución 50/95, y considerando la recopilación de los antecedentes brindados por las experiencias sectoriales, se ha diseñado una normatización actualizada y realista de la actividad. Su contenido

resulta aprobado para que se puedan coordinar los servicios en el caso que ocurran siniestros, emergencias o catástrofes, sin superponer las actividades, lo que hace que esta norma pueda nuclear proyectos regionales, interprovinciales y nacionales.

Se estima conveniente que las ambulancias sean terrestres, aéreas o acuáticas; integren sistemas de atención médica extrahospitalarios, de los cuales se identifican tres subsistemas: Emergencias Médicas, Traslados Programados y Consulta Médica Domiciliaria. El desarrollo de los mismos puede contar con diferentes grados de complejidad, pero ninguno de ellos puede estar fuera de la norma habilitante que permita ofrecer a la comunidad un sistema de atención pre y post-hospitalario en el que se garantice la calidad de la atención médica.

Sistemas Terrestres

Ambulancia: Es un vehículo diseñado para traslado de pacientes y provisión de atención médica extrahospitalaria. Debe necesariamente formar parte de un sistema de atención médica extrahospitalaria que respalde su operatoria.

Sistema de atención médica extrahospitalaria:

- a) *Sistemas de Emergencias Médicas:* Organización de recursos físicos y humanos coordinados para implementar la asistencia de pacientes en situaciones críticas, con riesgo de vida real (emergencias) o potencial (urgencias) y en el lugar donde circunstancialmente se encuentra.
Los sistemas de emergencia médica se clasifican en emergencias y urgencias.
Emergencias: son situaciones de riesgo de vida real que requieren asistencia médica en forma inminente. Todo sistema llamado de emergencias médicas debe cumplir con este requisito.
Urgencia: Es una situación de riesgo de vida potencial que requiere atención médica a la brevedad.
- b) *Sistemas de Traslados Terrestres Programados:* Organización de recursos físicos y humanos coordinados para implementar el transporte de pacientes de un punto a otro con distintos niveles de complejidad, en condiciones de seguridad acordes a los requerimientos del estado clínico del paciente.
Los traslados terrestres programados se clasifican en traslado de pacientes de alto riesgo y de bajo riesgo. Es de alto riesgo: todo paciente en situación hemodinámica inestable, descompensado o con patología que entraña un elevado riesgo de complicaciones, por lo tanto debe ser trasladado en condiciones de seguridad y con los recursos adecuados para no agravar el estado clínico. Se considera de bajo riesgo: paciente estable, compensado o con discapacidad, que no requiere elementos de soporte vital.
- c) *Sistemas de Consultas Médicas Domiciliarias:* Organización de recursos físicos y humanos orientados a efectuar consultas médicas en el domicilio del paciente que, a priori, no presentan riesgo de vida ni evidencian necesidad de concurrir a un centro de salud.
Estos no requieren ambulancias con el concepto anteriormente vertido. Los móviles pueden estar destinados a consultas clínicas de adultos, consulta pediátrica, consultas médicas especializadas o constituir unidades móviles de servicios (consultorios odontológicos, laboratorio de análisis clínicos, vacunatorio, servicios radiológicos catastrales, etc.).

Marco Normativo de Funcionamiento

Esquema operativo de sistemas de emergencias extrahospitalarios

Todo sistema de emergencia extrahospitalaria debe contar con un esquema operativo, dividido en dos áreas: área de operaciones y área asistencial.

El área de operaciones es la organización de recursos humanos, físicos y equipamiento a cuyo cargo se encuentra la operatividad del sistema.

El área asistencial es la organización de recursos humanos, físicos y equipamiento con el objetivo de cumplir adecuadamente las actividades médicas asistenciales extrahospitalarias.

A. Del Área de Operaciones

Recurso humano:

Debe contar con un Director Médico capacitado para tal función, debidamente certificado. En el caso que el área de operaciones dependa de un hospital (público, privado o mixto), la Dirección de la misma será responsabilidad del Director del mismo.

Contará con despachadores y receptores. Los receptores efectúan el interrogatorio telefónico, la categorización del paciente por riesgo (emergencia o urgencia) y deben estar entrenados para dar las instrucciones de prearribo. Los despachadores estarán capacitados para el despacho radial, la coordinación logística y provisión de recursos.

Planta Física:

El área de operaciones debe contar con una estructura amplia, con buena iluminación y climatización. Estará construida con material aislante de ruidos exteriores. El plano de la base debe incluir sala de estar, baños con ducha, dormitorios y office. Estos locales, así como otra instalación de tipo sanitario deberá cumplir con la Resolución Secretarial 2385/67.

El área operativa (base de operaciones) debe contar con la habilitación municipal o jurisdiccional que corresponda.

Equipamiento:

Debe contar con:

- *Sistema computarizado con Software diseñado para centrales de despacho.*
- *Sistema telefónico central que permita el acceso rápido a quien solicita el servicio.*
- *Sistema de comunicaciones radiales entre el despacho y las unidades móviles o periféricas, debiendo utilizar las frecuencias que otorgue el ente nacional responsable (frecuencia de servicios de emergencia).*
- *Sistema de grabación continua de las comunicaciones telefónicas y en forma optativa de las radiales.*
- *Sistema generador autónomo de electricidad para casos de caídas de tensión.*

B. Del Área Asistencial

Recurso humano:

Este dependerá del tipo de móvil y del tipo de paciente objeto del traslado. Para móviles de traslado de pacientes de bajo riesgo se requiere el conductor. Para móviles de traslado de pacientes de moderado y alto riesgo y pacientes neonatos o pediátricos la dotación será de: conductor, enfermero y médico.

Recurso físico:

Ambulancia: La habilitación de la ambulancia con su complejidad correspondiente será efectuada por la autoridad sanitaria jurisdiccional. La unidad móvil deberá cumplir con la verificación técnico-vehicular donde está radicada. Estas ambulancias, así habilitadas, podrán trasladar pacientes hacia otra provincia cumpliendo con las normas de transitabilidad de cada jurisdicción y deberá poseer la documentación original que avale la identificación del paciente, motivo del traslado, establecimiento que deriva y receptor final, debiendo contar con las autorizaciones que correspondan.

Las normas generales que definen una ambulancia así como su complejidad deberán adecuarse a las que con criterio nacional dicte el Ministerio de Salud y Acción Social.

Características generales de una ambulancia:

- *Móvil tipo furgón que debe contar con dos compartimientos comunicados entre sí.*
- *La cabina del paciente debe tener espacio suficiente que permita traslados en camilla y contar con equipamiento para brindar cuidados médicos en el lugar del accidente y del traslado.*
- *Deberá poseer un equipo de radio que permita la comunicación con el despacho del área operativa.*
- *Deberá ser diseñada y construida para permitir la máxima seguridad y confort, de modo que el traslado del paciente no agrave su estado clínico. Para que una ambulancia cumpla su función debe estar equipada con los recursos técnicos adecuados y contar con personal entrenado para proveer cuidados médicos intensivos.*
- *Debe identificarse como tal. Su color exterior debe ser blanco y llevará el emblema de la estrella de la vida en el frente, costado, parte trasera y techo.*

- Debe contar con señales de prevención lumínicas. El color de las mismas será la que determine la Ley Nacional de Tránsito. Estas señales lumínicas de prevención serán barrales, luces perimetrales y luz para iluminar la escena.
- Debe contar con sirena y altoparlante. Estos accesorios permitirán a los demás conductores reconocerla en la vía pública y ceder el paso.
- Los móviles que transporten pacientes de bajo riesgo no podrán utilizar sirenas, salvo en caso de catástrofe cuando deban concurrir a la escena de la misma.
- La palabra ambulancia estará presente en el frente (en espejo) y en la puerta trasera, debiendo ser legible y adecuarse el tamaño de las letras a las disposiciones vigentes regionales.
- En las partes laterales deberá especificar su categorización.
- La razón social (empresa) puede estar impresa en las puertas delanteras o en las laterales por encima del espacio destinado a señalizar la categorización.
- Deberá disponer de asientos para la tripulación y acompañantes con sus respectivos cinturones de seguridad inerciales.

C. Del Habitáculo del Paciente

- El acceso debe ser trasero y lateral.
- Debe estar comunicado con la cabina de conducción del móvil.
- El espacio interior real debe medir 2.60 m. de largo por 1.60 m. de ancho y 1.70 m. de alto como mínimo.
- Los anaqueles para equipamiento y medicación serán preferentemente de material transparente para permitir la visualización del contenido en su interior o, en su defecto, serán debidamente rotulados para agilizar la búsqueda de elementos.
- Si tienen armarios estarán ubicados en el sector lateral izquierdo posterior, con estantes y puertas de cierre magnético y/o trabas para evitar que se abran durante el desplazamiento del móvil. El material será preferentemente de acrílico y con identificación del contenido.
- Las superficies interiores deben ser libres de proyecciones.
- No deben existir objetos sueltos.
- Las paredes y pisos del habitáculo deben ser laminados no porosos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalos sanitarios. El piso debe contar con elementos antideslizantes.
- Adecuado control de temperatura y ventilación.
- Iluminación interna: Techo central con 3 spots direccionales y 2 plafones convencionales. Piso: luces para recorrido de camillas (opcional).
- Espacio suficiente para el paciente recostado y, por lo menos, dos miembros de la tripulación (médico/enfermero).
- No poseerá ventanas, salvo al frente en comunicación con el conductor.
- Puerta trasera y puerta lateral.
- Debe haber un espacio libre de 60 cm. con respecto a la cabecera de la camilla para permitir maniobras sobre la vía aérea.
- Debe poseer un barral metálico a lo largo del techo con ganchos desplazables para colgar soluciones parenterales. Dicho barral de preferencia deberá disponerse del lado izquierdo del habitáculo.
- El equipamiento de resucitación cardíaca, control de hemorragias externas y monitoreo de presión y ritmo cardíaco se situarán al costado de la camilla. El equipamiento para manejo de la vía aérea se ubicará a la cabecera de la misma.

Equipamiento:

No médico:

- Toda ambulancia debe estar equipada con una silla de ruedas plegable.
- La camilla de ruedas debe estar diseñada en forma tal que su posición, una vez colocada en el móvil, se distancie por lo menos 15 cm. del piso de la unidad. Deberá poder elevarse la cabecera a 60° (posición

semisentada). La camilla debe tener 190 cm. de longitud y 55 cm. de ancho. Poseer manijas o asideros para facilitar su traslado (hasta 4 asistentes). Debe contar con mecanismos de seguridad para ajustar la camilla al piso. Cinturones ajustables para asegurar al paciente a la misma y evitar su desplazamiento y protecciones o soportes laterales que impidan la caída durante el traslado y/o movilización.

- *Deberá contar con: 2 Extinguidores de fuego, 1,5 Kg. mínimo (2,5 Lbs.) adecuadamente instalados. Se ubicarán: 1 en la cabina de conducción y 1 en el habitáculo del paciente.*
- *Caja de herramientas provistas por el fabricante del chasis. Crickets (gato). Llave en cruz y señales reflejantes de balizamiento.*
- *Debe estar equipada con rueda de auxilio que se ubicará detrás del asiento del acompañante de la cabina de la conducción.*
- *Contarán además con: 2 almohadas, 4 sábanas, 4 frazadas y toallas descartables.*
- *Orinal y chata.*
- *Tijera fuerte para cortar prendas.*

Médico:

Toda ambulancia deberá contar con elementos básicos de diagnóstico:

- *Estetoscopio*
- *Tensiómetro portátil*
- *Linterna*
- *Otoscopio*
- *Termómetro*
- *Hemoglucotest o similar*
- *Provisión de oxígeno: mínimo dos tubos de oxígeno fijos y un tubo de oxígeno portátil para cada unidad móvil, con tubuladuras y máscaras adecuadas para la vía aérea. Con llave para cambio del manómetro del tubo de oxígeno.*

Normas de Categorización de los Distintos Tipos de Ambulancia

A. Móvil de alta complejidad

Es aquel móvil apto para asistencia extrahospitalaria y traslado de pacientes en situaciones con riesgo de vida.

Recurso humano:

Las ambulancias de alta complejidad deberán ser tripuladas con un conductor, un enfermero y un médico como mínimo.

El conductor deberá poseer registro profesional habilitante emitida por la autoridad competente de cada localidad, deberá presentar un certificado de aptitud psicofísica. Deberá estar capacitado en resucitación cardiopulmonar básica y poseer conocimientos y manejos básicos del trauma.

El enfermero de preferencia profesional o auxiliar de enfermería con constancia fehaciente de experiencia no menos de dos años de actividad en servicios de emergencias, terapia intensiva, unidad coronaria, cirugía o clínica general. Debe poseer entrenamiento comprobado en técnicas de resucitación cardiopulmonar y manejo básico del trauma.

El médico debe contar con una antigüedad mínima de cuatro años en el ejercicio de la profesión y además con no menos de dos años de dedicación en las disciplinas de: terapia intensiva, unidad coronaria, cardiología, anestesiología, servicios de emergencias hospitalarias, cirugía general, clínica médica. Deberá tener entrenamiento en técnicas de resucitación cardiopulmonar avanzada, manejo de emergencia médica, manejo avanzado del trauma del adulto y pediátrico y de parto a bordo. Todo este entrenamiento debe estar fehacientemente probado con las certificaciones que correspondan, las cuales deberán estar disponibles a bordo del móvil y en la base operativa.

Recurso físico:

- Estructura: Móvil tipo furgón cuyas dimensiones exteriores mínimas son: largo 4,80 m; ancho 1,90 m; altura del piso de carga al suelo 0,53 m y altura total 2,50 m. Las dimensiones interiores mínimas son de: 2,60 m de largo, ancho mínimo 2,60 m y altura 1,70 m.
- Ambiente climatizado para el adecuado confort de los pacientes.
- Mecánica: Cilindrada mínima motor de 1800 cm³ Combustible indistinto: Nafta o Gasoil. Tracción delantera o trasera. Antigüedad del vehículo no mayor de cinco años. Deberá contar con la certificación técnico vehicular correspondiente.

Equipamiento:

Estas ambulancias deben contar con material fijo y portátil para atención del paciente en el ámbito extrahospitalario y durante el traslado del mismo. Este equipamiento se compone de los siguientes elementos:

- Elementos básicos de diagnóstico:
 - Estetoscopio
 - Tensiómetro portátil
 - Termómetro
 - Otoscopio
 - Oftalmoscopio
 - Termómetro
 - Linterna
- Elementos para test rápidos de glucosa en sangre (hemoglucotest o similares)
- Equipamiento de asistencia cardiovascular:
 - Electrocardiógrafo de 12 derivaciones
 - Cardiodesfibrilador portátil
 - Marcapasos transitorio transcutáneo
- Equipamiento de asistencia respiratoria y manejo de la vía aérea:
 - Provisión de oxígeno mínimo dos tubos de oxígenos fijos y un tubo de oxígeno portátil mínimo.
- Tubos de oxígeno fijos: Capacidad 3000 l. Flujo de 2 a 15 l por minuto. Deben estar conectados a una central de oxígeno cerca de la cabecera de la camilla. Debe contar con regulador de flujo, humidificador y aspiración central. La central debe tener una salida para conectar un respirador (tipo Diss).
- Tubo de oxígeno portátil: con capacidad de 450 l. Contará con un regulador de flujo de 2 a 25 l. por minuto con dos salidas más donde se pueda conectar un aspirador portátil (con efecto Venturi) y válvula a presión positiva. Este tubo debe estar dentro de un bolso o caja rígida con los siguientes elementos:
 - Sets de punción o incisión cricotiroides, catéter cricotiroides.
 - Máscara de oxígeno de alta concentración.
 - Máscara con flujo regulable (tipo Acurox).
 - Cánulas nasales. Tubos orofaríngeos, endotraqueales y nasotraqueales para adultos y niños.
 - Sondas de aspiración de distintos tamaños.
 - Pinzas de Magill para cuerpos extraños.
 - Bolsa resucitadora adulto y pediátrica con reservorio.
 - Laringoscopio con ramas rectas y curvas adultos y pediátricos.
 - Equipo de aspiración portátil, capacidad de succión por lo menos de 30 l. por minuto y presión de vacío con tubo pinzado de 30 cm. HPO.
 - Respirador portátil, preferentemente volumétrico y de ciclado electrónico para pacientes adultos y pediátricos.
 - Oxímetro de pulso con sensores para adultos y pediátricos.
- Equipo de asistencia del trauma:
 - Férulas de tracción de vacío inflables y rígidos.
 - Collares cervicales rígidos (mínimo 5 tamaños).
 - Inmovilizadores laterales de cabeza.

- *Tablas larga y corta con cintos ajustables.*
- *Sets de sábanas estériles para quemados.*
- *Catéteres y tubos de drenaje adecuados para tórax y abdomen con conexión a aspiradores correspondientes.*
- *Elementos de Stock: gasas, vendas de distinto tamaño, apósitos, soluciones antisépticas, soluciones parenterales: fisiológica, cloruro de sodio, solución de Ringerlactato y expansores plasmáticos. Guías con macro y microgotero. Elementos de venopunción y jeringas de 5, 10, 20 y 60 cm., provisión de agujas intramusculares y endovenosas. Guantes descartables estériles.*
- *Bolso de trauma: con elementos que pueden ser transportados desde la ambulancia a la escena de los accidentes. Dicho bolso contará con: guantes estériles descartables, gasas, vendas, apósitos y algodón. Laringoscopio y tubos endotraqueales. Tijera adecuada para corte de ropa. Gasas furacinadas. Sábanas de quemados estériles, apósitos de trauma y papel de aluminio estéril. Soluciones antisépticas y 3 frascos de solución fisiológica y dos frascos de ringer lactato. Guías con macro y microgotero, elementos de venopuntura, agujas y jeringas de 5, 10, 20 y 60 cm.*
- *Kit de partos:*
 - *Tijera: una como mínimo.*
 - *2 clamps umbilicales como mínimo.*
 - *Apósitos, gasas, campos quirúrgicos estériles, sábanas descartables (dos pares mínimos), campos para cubrir piernas (dos como mínimo).*
 - *Perita aspiradora, una como mínimo.*
 - *Guantes estériles (3 pares como mínimo).*
 - *Sonda de Nélaton.*
 - *2 barbijos.*
 - *2 camisolines estériles.*
 - *Elementos para abrigar al recién nacido.*
 - *Bolsas plásticas para placentas.*
 - *Caja de curaciones y sutura.*
- *Kit de enfermedades infectocontagiosas:*
 - *Antiparras: 3 pares.*
 - *Guantes estériles: 3 pares (medida 8).*
 - *Manoplas descartables.*
 - *Barbijos, gorras y botas descartables (3).*
 - *Camisolines (2).*
 - *Envases rígidos para descartar jeringas y agujas.*
 - *Bolsa roja para desecho de residuos biopatológicos.*
 - *Una sábana descartable.*
- *Provisión de Drogas para Unidades de Alta Complejidad:*
 - *Fármacos cardiovasculares: adrenalina, atropina, nifedipina, amiodarona, propanolol, dinitrato de isosorbide, dobutamina, dopamina, nitroprusiato de sodio, nitroglicerina, verapamilo, lidocaína, digoxina, furosemida, heparina, etilefrina, gluconato de calcio, cloruro de potasio, metaraminol.*
 - *Fármacos respiratorios: salbutamol, hidrocortisona, dexametasona, difenhidramina, bicarbonato de sodio, aminofilina.*
 - *Analgésicos: nabulfina, dipirone, clorhidrato de lisina, dextropropoxifeno, diclofenac, morfina, ácido acetil salicílico, xilocaína viscosa.*
 - *Antiespasmódicos, Antieméticos y Antiácidos: trimetoxi-benceno, hioscina, ranitidina, metoclopramida, antiácidos de acción rápida, hidróxido de magnesio.*
 - *Psicofármacos: Clorpromazina, prometazina, levopromazina, haloperidol, fenobarbital, difenilhidantoína, diazepam, lorazepam, midazolam, clonazepam.*
 - *Fármacos gineco-obstétricos: Metil-ergometrina, isoxuprina, ergotamina.*

- *Antitóxicos: Plumazenil, carbón activado, naloxona, cafeína, atropina, nitrito de amilo.*
- *Soluciones parenterales: Solución fisiológica 500 cm. Solución dextrosada al 5 y al 25%. - Solución de Ringer lactato. Expansores plasmáticos. Bicarbonato de sodio molar. Ampollas de cloruro de potasio, gluconato y cloruro de calcio.*
- *Elementos de uso médico:*
 - *Caja de curación: Bisturí, pinzas hemostáticas, tijera; agujas de sutura; hilos de sutura.*
 - *Insumos: Algodón, gasas, apósitos, vendas elásticas, vendas comunes. Tela adhesiva hipolérgica. Agua oxigenada. Alcohol. Povidona yodada. Guantes estériles. Pañales descartables.*
 - *Descartables: Jeringas y agujas descartables, sondas nasogástricas de adulto y pediátrica. Sonda de Foley Nro. 16 y 18. Sonda de Nélaton. Sondas de aspiración. Catéteres sobre aguja Nro. 14, 16, 18, 20 y 12 (opcional). Agujas tipo butterfly. Catéteres tipo K 30 - K 31. Mordillos. Tubuladuras macro y microgotero y tubuladuras fotosensibles.*

B. Unidad móvil de alta complejidad neonatal y pediátrica

Es aquel móvil apto para la asistencia y traslado de neonatos y niños que requieren supervisión o cuidado médico y la atención de emergencias con riesgos de vida.

Recurso humano:

La dotación estará compuesta por: un conductor, médico pediatra y enfermero con entrenamiento en pediatría.

El conductor cumplirá con los mismos requisitos que los detallados para los móviles de alta complejidad.

El enfermero será, preferentemente, profesional o auxiliar de enfermería con constancia fehaciente de experiencia no menor de dos años de actividad en servicios de terapia intensiva neonatal o terapia intensiva.

Deberá poseer entrenamiento en resucitaciones cardiorrespiratorias y manejo básico del trauma.

El médico certificará una antigüedad mínima de cuatro años en el ejercicio activo de la profesión y no menos de dos años de experiencia en neonatología y/o pediatría (de preferencia Terapia Intensiva Pediátrica).

Deberá tener entrenamiento fehacientemente comprobado en técnicas avanzadas de resucitación cardiopulmonar; manejo de emergencias médicas; manejo avanzado del trauma y atención inicial del trauma pediátrico. Todo este entrenamiento debe estar fehacientemente probado con las certificaciones que correspondan, las cuales deberán estar disponibles a bordo del móvil y en la base operativa.

Recurso físico:

- *Estructura: Las dimensiones exteriores e interiores son iguales a las detalladas para las unidades de alta complejidad.*
- *Ambiente climatizado para el adecuado confort de los pacientes.*
- *Mecánica: Iguala que para las unidades de alta complejidad.*

Equipamiento:

Idénticos requerimientos que la de alta complejidad, con el diseño y tamaño pediátrico. Deberá contar además con los siguientes elementos:

- *Incubadora portátil de 220 voltios AC y 12 Voltios DC.*
- *Bomba infusora parenteral.*
- *Ventilador Neonatal.*
- *Oxímetro de pulso con sensores neonatales o pediátricos.*
- *Cardiodesfibrilador con paletas pediátricas.*
- *Sets de vía aérea neonatal y pediátrica (laringoscopio con ramas neonatales y pediátricas).*
- *Máscaras, tubos y sondas pediátricas.*
- *Sets de trauma pediátrico.*
- *Halos tamaño neonatal y pediátrico.*

C. Móvil de baja complejidad

Es aquel móvil apto para efectuar el traslado de pacientes estables, con compensación hemodinámica y metabólica, con bajo riesgo de complicaciones. Pacientes en condiciones de alta médica y pacientes con enfermedades crónicas estables.

Sólo se podrá trasladar un paciente de moderado riesgo en un móvil de baja complejidad cuando no se tuviera en disponibilidad un móvil de alta complejidad y en ese caso deberá contar con un médico en su dotación.

Recurso humano:

Debe ser tripulada por un conductor pudiendo contar con un enfermero (con funciones además de camillero).

El conductor deberá poseer registro profesional habilitante emitido por la autoridad competente de cada localidad.

El enfermero podrá ser auxiliar de enfermería con constancia fehaciente de trabajo de una institución de salud.

En el caso de ser necesario el médico, éste deberá contar con una antigüedad mínima de dos años en la profesión.

Recurso físico:

- *Móvil tipo furgón con las siguientes medidas: dimensiones exteriores, largo mínimo total 4,40 mts.; ancho mínimo 1,90 mts.; altura del piso de carga al suelo 0,53 mts.; altura total 2,10 mts. Dimensiones interiores: Largo mínimo 2,20 mts., ancho mínimo 1,60 mts. altura mínima 1,60 mts.*
- *Ambiente climatizado para el adecuado confort de los pacientes.*
- *Mecánica: Cilindrada aceptable 1400 cm³ (mínimo) - combustible indistinto nafta o gasoil. Tracción delantera o trasera. Antigüedad del móvil no mayor de 5 años con la certificación vehicular que corresponda según la jurisdicción.*

Equipamiento:

- *Elementos de transporte para pacientes en silla de ruedas o camilla.*
- *Tubos de Oxígeno fijos con máscara.*
- *Elementos básicos de diagnóstico.*

PROTOCOLIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN: HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA MÉDICA PRE HOSPITALARIA, FICHA DE DESPACHO DE RADIO OPERADORES, RECETAS, GRABACIÓN DE LLAMADOS

- **Ley No. 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y publicada el 20 de noviembre de 2009.**

<http://leg.msar.gov.ar/>

No se localizó normativa dedicada específicamente al manejo de historias clínicas en caso de emergencia médica por lo que aplica lo establecido en la Ley No. 26.529.

...

Capítulo IV. De la Historia Clínica

Artículo 12. *Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.*

Artículo 13. *Historia clínica informatizada.* El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Artículo 14. *Titularidad.* El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Artículo 15. *Asientos.* Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Artículo 16. *Integridad.* Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Artículo 17. *Unicidad.* La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

Artículo 18. *Inviolabilidad. Depositarios.*

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Artículo 19. *Legitimación.* Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;

- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Artículo 20. *Negativa. Acción.* Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

Artículo 21. *Sanciones.* Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

- **Resolución No. 749/2000 del Ministerio de Salud de la Nación de 6 de septiembre de 2000, publicada el 12 de septiembre de 2000. Normativa para Móviles de Traslado Sanitario —Servicios Terrestres— Aprobación Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

Artículo 1. *Apruébase el documento referido a “Normativa para Móviles de Traslado Sanitario —Servicios Terrestres—”, que como Anexo forman parte integrante de la presente Resolución.*

Artículo 2. *Incorpórase la “Normativa para Móviles de Traslado Sanitario —Servicios Terrestres—” Al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.*

...

Características generales de una ambulancia:

- Móvil tipo furgón que debe contar con dos compartimientos comunicados entre sí.

...

- Deberá poseer un equipo de radio que permita la comunicación con el despacho del área operativa.

- **Ley No. 25.367 Sancionada el 22 de noviembre de 2000 y promulgada el 15 de diciembre de 2000. Crea el Departamento de Emergencias Coordinadas en el ámbito del Ministerio del Interior. Asigna el número telefónico *911, asterisco novecientos once, para recibir denuncias.**

Artículo 1. *Créase dentro del ámbito del Ministerio del Interior, el Departamento de Emergencias Coordinadas, el que tendrá a su cargo dar las primeras instrucciones frente a los distintos tipos de emergencias y derivar el pedido o denuncia a las reparticiones públicas o privadas con competencia.*

Artículo 2. *A fin de implementar el sistema de emergencias coordinadas dótase al mismo, de un único número de teléfono de tres cifras (*911, asterisco novecientos once), que será el mismo en todo el país, a fin de receptar las denuncias. Las llamadas serán sin cargo y podrán hacerse desde teléfonos públicos, semipúblicos, privados o celulares.*

Artículo 3. *El Departamento llevará un registro de las llamadas identificadas electrónicamente, para la confección de estadísticas que permitan elaborar políticas de prevención de accidentes.*

Artículo 4. *Las compañías licenciatarias del Servicio Básico Telefónico, deberán reservar y poner a disposición del Ministerio del Interior, una línea gratuita para las llamadas a que se refiere el artículo 1 de la presente ley.*

Artículo 5. *Se deberá realizar en todo el territorio nacional una amplia campaña de publicidad del sistema de emergencias coordinadas y del número telefónico asignado.*

Artículo 6. *El Ministerio del Interior, coordinará con las provincias la implementación del sistema en las distintas jurisdicciones.*

Artículo 7. *Invítase a las provincias a adherir a la presente ley.*

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS.

No se localizaron normas que traten el tema.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política del Estado.**

<http://www.laconstituyente.org/files/Libros/nuevacpebolivia.pdf>

Artículo 18.

- I. *Todas las personas tienen derecho a la salud.*
- II. *El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.*
- III. *El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.*

...

Artículo 35.

- I. *El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos.*
- II. *El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.*

Artículo 36.

- I. *El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.*
- II. *El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.*

Artículo 37. *El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.*

Artículo 38.

- I. *Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.*
- II. *Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.*

Artículo 39.

- I. *El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.*
- II. *La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.*

Artículo 40. *El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.*

Artículo 41.

- I. *El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.*
- II. *El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.*
- III. *El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.*

Artículo 42.

- I. *Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.*
- II. *La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.*
- III. *La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.*

Artículo 43. *La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.*

Artículo 44.

- I. *Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.*
- II. *Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.*

Artículo 45.

- I. *Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a la seguridad social con carácter gratuito.*
- II. *La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.*
- III. *El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.*
- IV. *El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.*
- V. *Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.*
- VI. *Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.*

• **Decreto Ley No. 15.629 de 18 de julio de 1978. Código de Salud de la República de Bolivia.**
<http://www.ops.org.bo/ambiental/desastres/legislacion/ley15629.pdf>

Artículo 2. *La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.*

Artículo 4. *Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Decreto Ley No. 15.629 de 18 de julio de 1978. Código de Salud de la República de Bolivia.**
<http://www.ops.org.bo/ambiental/desastres/legislacion/ley15629.pdf>

Artículo 138. *Los establecimientos de salud a que se refiere el presente Capítulo, están obligados a atender casos de emergencia sin consideraciones de ninguna naturaleza. Asimismo en los casos de emergencia resultado de catástrofe nacional estarán obligados a prestar atención inmediata e integrarse al sistema de defensa civil.*

- **Código Penal de Bolivia:**
http://www.oas.org/juridico/spanish/gapeco_sp_docs_bol1.pdf

Artículo 281. *(Denegación de auxilio). El que debiendo prestar asistencia, sin riesgo personal, a un menor de doce años o a una persona incapaz, desvalida o en desamparo o expuesta a peligro grave e inminente, omitiere prestar el auxilio necesario o no demandare el concurso o socorro de la autoridad pública o de otras personas, será sancionado con reclusión de un mes a un año.*

- **Ley No. 3131 de 8 de agosto de 2005. Regula regular el Ejercicio Profesional Médico en Bolivia.**
<http://www.ababolivia.org/archivos/soat/LeyEjercicioM dico.pdf>

Artículo 12. *(Deberes del Médico). Son deberes del profesional médico:*

...

f) *En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Decreto Supremo No. 28.562, publicada el 3 de enero de 2006. Reglamenta la Ley No. 3131, del Ejercicio Profesional Médico.**
<http://www.google.com/search?hl=en&rls=com.microsoft%3Aen-us&q=calidad+hospitales+ley+Bolivia&aq=f&aqi=&oq=>

Capítulo VI. Derechos y deberes, obligación de difundir

Artículo 14. *(Difusión). Es obligatoria la difusión de los derechos y deberes y de los pacientes y de los derechos y deberes de los médicos en todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. Esta debe realizarse en todos los establecimientos e Instituciones de salud, en forma pública y visible, al alcance de los pacientes y público en general.*

...

• **Ley No. 3131 de 8 de agosto de 2005. Regula regular el Ejercicio Profesional Médico en Bolivia.**

<http://www.ababolivia.org/archivos/soat/LeyEjercicioMdico.pdf>

Artículo 10. (*Documentos Médicos Oficiales*). Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes:

- a) Expediente médico.
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médico.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médico legales.
- r) Recetas médicas.

...

Artículo 12. (*Deberes del Médico*). Son deberes del profesional médico:

- a) Cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Médica Mundial.
- b) Estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.
- c) Colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud en caso de epidemias, desastres y emergencias.
- d) Respetar el consentimiento expreso del paciente, cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado.
- e) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud.
- f) En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica.
- g) Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.
- h) Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por Ley.
- i) Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.
- j) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.
- k) Guardar el secreto médico, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.
- l) Capacitación médica continua, para ello deberán someterse a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definirá el Estado boliviano en forma obligatoria.

...

Capítulo VI. Derechos y deberes del paciente

Artículo 13. *(Derechos del Paciente). Todo paciente tiene derecho a:*

- a) *Recibir atención médica humanizada y de calidad.*
- b) *La dignidad como ser humano y el respeto a sus creencias y valores étnico culturales.*
- c) *La confidencialidad.*
- d) *Secreto médico.*
- e) *Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.*
- f) *Libre elección de su médico, de acuerdo a disponibilidad institucional.*
- g) *Reclamar y denunciar si considera que sus derechos humanos han sido vulnerados durante la atención Médica.*
- h) *Disponer de un horario y tiempo suficiente para una adecuada atención.*
- i) *Respeto a su intimidad.*
- j) *Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición socioeconómica, étnico cultural, de género y generacional.*
- k) *Solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.*
- l) *Negarse a participar en investigaciones o enseñanza de la medicina, salvo en situaciones que la Ley establece.*
- m) *Apoyar a la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades graves y ayudar a su rehabilitación.*

- **Decreto Supremo No. 28.562, publicada el 3 de enero de 2006. Reglamenta la Ley No. 3131, del Ejercicio Profesional Médico.**

<http://www.google.com/search?hl=en&rls=com.microsoft%3Aen-us&q=calidad+hospitales+ley+Bolivia&aq=f&aqi=&oq=>

Capítulo V. Documentos médicos oficiales

Artículo 12. *(Expediente médico). El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial.*

La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida.

Para fines de atención, conciliación, arbitraje, proceso judicial u otros, el expediente clínico se organiza de la siguiente manera:

Durante la Hospitalización:

1. *Gráficas de temperatura*
2. *Ordenes médicas*
3. *Evolución*
4. *Informes de Laboratorio*
5. *Informe Quirúrgico*
6. *Informe de Anestesia*
7. *Informe de Anatomía Patológica*
8. *Notas de enfermería*
9. *Hoja de Medicamentos*
10. *Historia y Examen Físico*
11. *Epicrisis*
12. *Informe de Ingreso y Egreso.*

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del Egreso:

1. *Informe de ingreso y egreso*
2. *Epicrisis*
3. *Historia y examen físico*
4. *Evolución*
5. *Ordenes Médicas*
6. *Informes de Laboratorio*
7. *Informe de Anestesia*
8. *Informe Quirúrgico*
9. *Informe de anatomía Patológica*
10. *Grafica de temperatura*
11. *Medicamentos*
12. *Notas de Enfermería*

- **Obtención del Consentimiento Informado. Serie de Documentos Técnicos Normativos. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz – Bolivia, 2008.**

<http://www.sns.gov.bo/redes%20y%20calidad/OBTENCION%20DEL%20CONSENTIMIENTO%20INFORMADO.pdf>

...

Capítulo VI. Nivel de atención

El consentimiento informado debe ser obtenido en los tres niveles de atención, de acuerdo con el procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento que sea aplicado. Por tanto abarca a los profesionales y técnicos de salud que no están mencionados en la Ley No. 3.131, del Ejercicio Profesional Médico.

Capítulo VII. Definición

El consentimiento informado es la potestad que tiene el/la paciente de aceptar la realización en su propia persona, de procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento clínico, de laboratorio, por imágenes, instrumental o quirúrgico, toda vez que hubiera comprendido cabal y libremente los beneficios y eventuales perjuicios de dichos procedimientos, a partir de información previa que debe brindar el respectivo personal de salud que los realizará, al propio paciente, o al familiar o tutor responsable en casos de minoridad o incapacidad física, psíquica o mental, debidamente comprobada.

...

- **Norma técnica para el Manejo del Expediente Médico. Serie de Documentos Técnicos Normativos. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz – Bolivia, 2008.**

<http://www.sns.gov.bo/redes%20y%20calidad/NORMA%20TECNICA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DEL%20EXPEDIENTE%20CLINICO.pdf>

Artículo 1. Fundamentación

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen un uso y aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico-nosológico, como en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo, ético y jurídico.

Artículo 2. *Objetivo general*

Establecer la norma y metodología con fundamentos científicos, tecnológicos, administrativos, éticos y jurídicos, para la elaboración, integración, ordenamiento, uso y archivo del EC, en aras al mejoramiento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3. *Objetivos específicos*

- 3.1. *Establecer la elaboración obligatoria del EC con sus respectivos componentes documentales, en todos los servicios de salud.*
- 3.2. *Estandarizar el manejo habitual del EC.*
- 3.3. *Sistematizar la conservación y archivo del EC.*
- 3.4. *Promover la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, a través del manejo adecuado del EC.*

Artículo 4. *Ámbito de aplicación*

La presente Norma es de observación y cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud.

...

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Constitución Política del Estado.**

<http://www.laconstituyente.org/files/Libros/nuevacpebolivia.pdf>

Artículo 9. *Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:*

...

5. *Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.*

...

Artículo 298.

...

II. *Son competencias exclusivas del nivel central del Estado:*

...

17. *Políticas del sistema de educación y salud*

Artículo 299.

...

II. *Las siguientes competencias se ejercerán de forma concurrente por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas:*

1. *Preservar, conservar y contribuir a la protección del medio ambiente y fauna silvestre manteniendo el equilibrio ecológico y el control de la contaminación ambiental.*
2. *Gestión del sistema de salud y educación.)*

Artículo 304.

...

III. *Las autonomías indígena originario campesinas podrán ejercer las siguientes competencias concurrentes:*

1. *Organización, planificación y ejecución de políticas de salud en su jurisdicción.*

2. *Organización, planificación y ejecución de planes, programas y proyectos de educación, ciencia, tecnología e investigación, en el marco de la legislación del Estado.*

- **Decreto Ley No. 15.629 de 18 de julio de 1978. Código de Salud de la República de Bolivia.**
<http://www.ops.org.bo/ambiental/desastres/legislacion/ley15629.pdf>

Artículo 134. *La Autoridad de Salud, en coordinación con el organismo nacional competente dictará las normas técnicas y administrativas sobre la organización, instalación, autorización, funcionamiento, planta física de personal necesario mínimo, planta física y diseño de planes del edificio, ubicación, instalaciones y otras especiales conforme a la naturaleza y magnitud de los establecimientos que prestan servicios de salud, sean estos públicos o privados, incluyendo los consultorios privados.*

Artículo 136. *La Autoridad de Salud, en coordinación con el organismo nacional competente dictará las normas técnicas y administrativas sobre la organización, instalación, autorización, funcionamiento, planta física de personal necesario mínimo, planta física y diseño de planes del edificio, ubicación, instalaciones y otras especiales conforme a la naturaleza y magnitud de los establecimientos que prestan servicios de salud, sean estos públicos o privados, incluyendo los consultorios privados.*

Artículo 138. *Los establecimientos de salud a que se refiere el presente Capítulo, están obligados a atender casos de emergencia sin consideraciones de ninguna naturaleza. Asimismo en los casos de emergencia resultado de catástrofe nacional estarán obligados a prestar atención inmediata e integrarse al sistema de defensa civil.*

- **Ley No. 3.351 de 21 febrero de 2006 de Organización del Poder Ejecutivo.**

Artículo 4. *Los Ministros de Estado tendrán las siguientes atribuciones específicas”*

...

Ministro de Salud y Deportes

- a) *Formular, ejecutar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco de las políticas de desarrollo del país.*
- b) *Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto plazo, público y privado, con y sin fines de lucro y medicina tradicional.*
- c) *Vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.*
- d) *Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.*
- e) *Ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.*
- f) *Formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de gestión y atención en salud.*
- g) *Promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental, en el marco de la interculturalidad y adecuación cultural de los servicios.*
- h) *Formular políticas, estrategias y planes de nutrición y seguridad alimentaria en el marco de la soberanía nacional.*
- i) *Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con discapacidad.*
- j) *Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con un consumo problemático de sustancias psicoactivas legales e ilegales,*
- k) *Promover la organización de instancias nacionales, departamentales, municipales y comunitarias, para el control social y revisión de políticas y estrategias de salud preventiva.*
- l) *Armonizar la cooperación internacional en el sector salud con las políticas, prioridades y normas establecidas por el Gobierno Nacional.*

- m) Regular el funcionamiento de las entidades formadoras y capacitadoras del sector salud, exceptuando las universidades públicas, en coordinación con el Ministerio de Educación y Culturas.
- n) Formular políticas y ejecutar programas que fomenten la cultura física, actividades deportivas, formativas, competitivas, profesionales y de recreación, promoviendo la salud física y mental.
- o) Elaborar y ejecutar programas de infraestructura y equipamiento, para la práctica del deporte y el desarrollo de la cultura física a nivel nacional.

• **Ley No. 031 de 22 de julio de 2010 de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez.**

http://www.derechoshumanosbolivia.org/archivos/biblioteca/ley_marco_de_autonomia_promulgada.pdf

Artículo 80. (Alcance).

El presente Capítulo desarrolla las competencias asignadas en los Artículos 298 al 304 de la Constitución Política del Estado que requieren de precisión en su alcance concreto en base a los tipos de competencias establecidos en el Artículo 297 de la Constitución Política del Estado.

Artículo 81. (Salud).

- I. De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias:
 1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
 2. Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
 3. Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
 4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.
 5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.
 6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.
 7. Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.
 8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
 9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.
 10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.
 11. Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural.
 12. Regular el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.

13. *Definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral.*
- II. *De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 3 del Parágrafo II del Artículo 304 de la Constitución Política del Estado se desarrollan las competencias de la siguiente manera:*
1. *Nivel central del Estado:*
 - a) *Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional.*
 - b) *Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.*
 2. *Gobiernos indígena originario campesinos:*
 - a) *Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.*
 - b) *Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.*
 - c) *Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional.*
 - d) *Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales.*
 - e) *Fomentar la recuperación y uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.*
- III. *De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:*
1. *Preservar, conservar y contribuir a la protección del medio ambiente y fauna silvestre manteniendo el equilibrio ecológico y el control de la contaminación ambiental.*
 2. *Gestión del sistema de salud y educación.)*
 - ...
 1. *Gobiernos departamentales autónomos:*
 - a) *Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.*
 - b) *Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.*
 - c) *Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.*
 - d) *Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.*
 - e) *Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.*
 - f) *Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.*
 - g) *Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.*
 - h) *Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.*

- i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.*
 - j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.*
 - k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.*
 - l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.*
 - ll) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.*
 - m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.*
 - n) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.*
 - ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.*
 - o) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.*
 - p) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.*
 - q) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.*
- 2. Gobiernos municipales autónomos:**
- a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.*
 - b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.*
 - c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.*
 - d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.*
 - e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.*
 - f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.*
 - g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.*
 - h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.*
 - i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.*
 - j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con*

atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.

3. *Gobiernos indígena originario campesinos autónomos:*
 - a) *Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud.*
 - b) *Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Decreto Supremo No. 28.562, publicada el 3 de enero de 2006. Reglamenta la Ley No. 3131, del Ejercicio Profesional Médico.**

<http://www.google.com/search?hl=en&rls=com.microsoft%3Aen-us&q=calidad+hospitales+ley+Bolivia&aq=f&aqi=&oq=>

Artículo 2. *(Alcance). Todo el Sistema Nacional de Salud se regirá por la normativa vigente elaborada y validada por el Ministerio del área de Salud.*

La autorización legal para el funcionamiento de los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud, es una atribución del Ministerio del área de Salud, bajo responsabilidad de la máxima autoridad departamental de salud en su jurisdicción. Los Directores y propietarios de establecimientos de salud tienen un plazo de 180 días para regularizar su situación a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

Los requisitos para el funcionamiento de los establecimientos de salud son reglamentados por la máxima autoridad departamental de salud, en el marco de la norma nacional vigente.

...

Artículo 5. *(Gestión de calidad). La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud.*

En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación. De no existir esta instancia, el Director del establecimiento debe implementarla en un plazo máximo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, sin que implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.

Este Departamento tiene bajo su responsabilidad los comités contemplados en el Reglamento General de Hospitales vigente, además de los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, y de Enseñanza e Investigación, implementados mediante éste Decreto Supremo.

La selección del Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación se realiza siguiendo la normativa vigente.

La gestión de la calidad de los servicios de salud en los establecimientos de nivel I, es implementada por las gerencias de red.

Los Jefes de Departamento de Gestión de la Calidad, Enseñanza e Investigación deben cumplir con nivel de postgrado, Diplomado como mínimo en esta materia, otorgado por institución reconocida por el Sistema Universitario Boliviano o el Ministerio de Educación. El cumplimiento de esta disposición tiene un plazo de 2 años a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

En el marco de la gestión de calidad, se establece la necesidad del profesional médico de conocer el idioma nativo del área donde ejerza su profesión. Es responsabilidad del Ministerio del área de salud gestionar la incorporación

de idiomas nativos en el currículum académico de las Carreras de Medicina mediante los mecanismos de integración docente asistencial.

La capacitación y actualización a cargo de las Instituciones se enmarca en la gestión de calidad y evaluación del desempeño y se incorpora en la programación anual operativa.

- **Decreto Supremo No. 24.421 de 28 Noviembre 1996. Dispone la ampliación y reforzamiento de los servicios de emergencia de los Centros de Salud y Hospitales dependientes tanto del Sistema Público, Descentralizado y Participativo de Salud, como de la Seguridad Social a corto plazo.**

No se localizó el texto de la norma.

- **Manual de Acreditación de Hospitales de Establecimientos de Salud Primer Nivel de Atención. Serie de Documentos Técnicos Normativos. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz – Bolivia, 2008.**

<http://www.sns.gov.bo/redes%20y%20calidad/MANUAL%20DE%20EVALUACION%20Y%20ACREDITACION%20%20DE%20ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20PRIMER%20NIVEL%20DE%20ATENCION.pdf>

La norma mencionada trata de la accesibilidad y continuación de la atención médica. Establece que los establecimientos tienen un proceso de admisión de pacientes y que los pacientes en situación de emergencia tienen prioridad en su evaluación y tratamiento. Dispone procesos de referencia y seguimiento, de evaluación de pacientes, de atención a los pacientes, de consulta externa, odontología, enfermería, de atención de pacientes de alto riesgo, de gestión de medicamentos, medicina transfusiones, trata del derecho de los pacientes y su familia, entre otras cuestiones.

...

5. Acreditación

5.1. Definición

La Acreditación es el resultado de un proceso de evaluación continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, que en base a estándares establecidos evalúa estructura, procesos y resultados de la atención a los pacientes y de la gestión de los Establecimientos de salud, con el fin de promover la calidad en la oferta de servicios en condiciones de confiabilidad. Al mismo tiempo, determina la situación real del establecimiento, proponiendo medidas de corrección y ajuste a toda situación que así lo requiera, orientados al mejoramiento progresivo y sostenido de la calidad para satisfacer de la mejor manera las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

5.1.1. Objetivos

5.2.1. Objetivo general

Establecer un sistema de evaluación y acreditación que contribuya a la mejora continua y sostenida de la calidad de atención de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

5.2.2. Objetivos específicos

Establecer estándares mínimos obligatorios como instrumentos y parámetros de evaluación y acreditación.

Establecer la autoevaluación periódica y sistemática que involucre a todo el personal del establecimiento de salud.

Identificar necesidades para mejorar progresivamente la calidad de atención e imagen institucional, a través del proceso de acreditación.

6. *Conformación del sistema de acreditación*

El objetivo de la conformación del Sistema de Acreditación es desarrollar una estructura organizacional que garantice la implementación y sostenibilidad del nuevo sistema de acreditación de establecimientos de salud.

6.1. *Estructura organizacional de acreditación*

6.1.1. *Comisión nacional de acreditación:*

Conformada por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Sector Profesional de salud, Organización Social en Salud del nivel Nacional.

La Comisión Nacional de Acreditación estará presidida por el representante del Ministerio de Salud. El funcionamiento de la Comisión será regulado por su Reglamento Interno. Las atribuciones de esta Comisión son:

- *Gestionar la aprobación de políticas, estrategias y directrices en materia de acreditación.*
- *Gestionar la Aprobación del Manual de acreditación y Guías de Evaluación y su actualización periódica.*
- *Emitir los dictámenes de acreditación.*
- *Otorgar la certificación correspondiente, basada en los resultados de la evaluación.*
- *Facilitar la capacitación de recursos humanos en materia de acreditación.*
- *Coordinar y regular con las instancias e instituciones certificadoras de calidad.*
- *Crear mecanismos de incentivo a los Establecimientos de Salud acreditados.*
- *Regular y controlar el sistema de acreditación*

...

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

El número 118 es un servicio estatal gratuito de ambulancias conducidas por personal especializado del Servicio Departamental de Salud (Sedes). El personal se encarga de trasladar a los pacientes al centro de salud y tiene equipo para realizar atención prehospitalaria.

Radio patrullas 110 es otros servicio de emergencias gratuito que se encargan de transportar a la persona a un centro de salud.

No se localizaron las normas que los crea y regulan.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Norma Nacional de Referencia y Retorno. Serie de Documentos Técnicos Normativos. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz – Bolivia**

<http://www.sns.gov.bo/redes%20y%20calidad/NORMANACIONALDEREFERENCIAYRETORNO.pdf>

Se refiere al transporte de pacientes en el sistema de Referencia y Retorno.

Protocolización y documentación: historia clínica de emergencia médica pre hospitalaria, ficha de despacho de radio operadores, recetas, grabación de llamados

No se localizaron normas más allá de lo establecido por la Ley No. 3,131, del Ejercicio Profesional Médico y su Decreto reglamentario.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

No se localizaron normas que traten el tema.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constituição República Federativa do Brasil**

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

Artigo 6. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. * (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000)

Artigo 7. São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

...

- IV. Salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

Seção II. Da Saúde

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Artigo 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

§ 1. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. * (Renumerado pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)

§ 2. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)

- I. no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; *(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)

- II. no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)
- III. no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)
- § 3. Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)
- I. os percentuais de que trata o § 2º; * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)
- II. os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)
- III. as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)
- IV. as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. * (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - D.O.U. 14.09.00)

Artigo 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

- **Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

Título I. Das disposições gerais

Artigo 2. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Artigo 3. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Lei nº 3.359 de 07 Janeiro, 2001, que fica proibida a exigência de depósito de qualquer natureza, para possibilitar internação de doentes em situação de urgência e emergência, em hospitais da rede privada**

***Artigo 1.** Fica proibida a exigência de depósito de qualquer natureza, para possibilitar internação de doentes em situação de urgência e emergência, em hospitais da rede privada.*

***Artigo 2.** Comprovada a exigência do depósito, o hospital será obrigado a devolver em dobro o valor depositado ao responsável pela internação.*

***Artigo 3.** Ficam os hospitais da rede privada obrigados a dar possibilidade de acesso aos usuários e a afixarem em local visível a presente lei.*

- **Resolução Normativa No. 44 de 24 de julho de 2003 da Agência Nacional de Saúde. Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.**

http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=367&id_original=0

***Artigo 1.** Fica vedada, em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.*

***Artigo 2.** Fica instituída Comissão Especial Permanente para fins de recepção, instrução e encaminhamento das denúncias sobre a prática de que trata o artigo anterior.*

§ 1. As denúncias instruídas pela Comissão Especial Permanente serão remetidas ao Ministério Público Federal para apuração, sem prejuízo das demais providências previstas nesta Resolução.

§ 2. Os processos encaminhados ao Ministério Público Federal serão disponibilizados para orientação dos consumidores no site da ANS, www.ans.gov.br.

- **Resolução CONSU n.º 13 publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04.11.98. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.**

<http://www.procon.sp.gov.br/texto.asp?id=402>

Resolve:

***Artigo 1.** A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.*

Artigo 2. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Artigo 3. Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§ 1. No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§ 2. No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§ 3. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

Artigo 4. Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2º para o plano ambulatorial.

Artigo 5. O plano ou seguro referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

Artigo 6. Nos contratos de plano hospitalar e do plano e seguro referência que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais no art.2º desta Resolução.

- **Código de Ética Médica, no âmbito do Conselho Federal de Medicina instituído pe la Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, (Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958).**

É vedado ao médico:

...

Artigo 35. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

...

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Lei Nº 3.359 de 07 Janeiro, 2001, que fica proibida a exigência de depósito de qualquer natureza, para possibilitar internação de doentes em situação de urgência e emergência, em hospitais da rede privada**

Artigo 1. *Fica proibida a exigência de depósito de qualquer natureza, para possibilitar internação de doentes em situação de urgência e emergência, em hospitais da rede privada.*

...

Artigo 3. *Ficam os hospitais da rede privada obrigados a dar possibilidade de acesso aos usuários e a afixarem em local visível a presente lei.*

...

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Resolução CFM Nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.**

www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/.../1639_2002.htm

O Conselho Federal de Medicina...

Resolve:

Artigo 1. *Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.*

Artigo 2. *Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:*

- Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;*
- À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;*
- À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.*

Artigo 3. *Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.*

Artigo 4. *A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.*

Artigo 5. *Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:*

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
 - c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
 - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
 - e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
- II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefe da equipe, à chefe da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Artigo 6. A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas

- **Resolução CFM Nº 1.639/2002.** Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/.../1639_2002.htm

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

...

Resolve:

Artigo 1. Aprovar as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Artigo 2. Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Artigo 3. Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos - Lei nº 8.159/91).

Artigo 4. Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

- **Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Defesa do Consumidor**
<http://www.consumidorbrasil.com.br/consumidorbrasil/textos/legislacao/cdc.htm>

Artículo 6. São direitos do consumidor:

...

III. a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços;

...

Artigo 31. A oferta e a apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa, (...), bem como sobre os riscos que apresentem à saúde e segurança dos consumidores.

- **Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, do Conselho Federal de Medicina, Código de Ética.**
www.portalmedico.org.br/resolucoes/.../1988/1246_1988.htm

Estabelece que é vedado ao médico:

Artigo 46. Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Artigo 48. Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou bem-estar.

Artigo 56. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Artigo 59. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

- **Parecer Consulta Nº 3.528/94 PC/CFM/Nº 24/97, Conselho Federal de Medicina**

1. O médico tem o dever de informar o paciente acerca dos riscos do ato médico e das conseqüências dos medicamentos que forem prescritos;
2. Além disso, o médico tem responsabilidade civil, penal e disciplinar sobre seus atos, devendo essa responsabilidade ser avaliada em cada caso;
3. O chamado “termo de consentimento esclarecido” tem como finalidade “formalizar” ou “documentar” o médico e, também, o paciente sobre as conseqüências que poderão advir do ato médico e da prescrição de medicamentos, inclusive hipóteses de caso “fortuito” e “força maior” desconhecidas da “Ciência” e que escapam ao controle da Medicina. Dessa forma, o aludido termo ou autorização não tem a virtude de excluir a responsabilidade do médico. Não pode ser entendido, pois, como excludente de responsabilidade ou cláusula de não-indenização.
4. O aludido “documento” cumpre finalidade ético-jurídica e pode ser apreciado como “prova” da lisura do procedimento médico;

5. Assim, o “termo de consentimento esclarecido” jamais deverá ser de cunho impositivo, devendo ser sempre grafado em linguagem acessível e simples para entendimento do paciente que subscreverá o “documento”, ou de seu representante legal.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA.

• Constituição República Federativa do Brasil

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

Artigo 200. *Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

- I. *controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;*
- II. *executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*
- III. *ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;*
- IV. *participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;*
- V. *incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;*
- VI. *fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;*
- VII. *participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*
- VIII. *colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.*

• Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

Capítulo IV. Da Competência e das Atribuições

Seção I. Das Atribuições Comuns

Artigo 15. *A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

- I. *definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;*
- II. *administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;*
- III. *acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;*
- IV. *organização e coordenação do sistema de informação de saúde;*
- V. *elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;*
- VI. *elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;*
- VII. *participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;*
- VIII. *elaboração e atualização periódica do plano de saúde;*

- IX. participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X. elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI. elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII. realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII. para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV. implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV. propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI. elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII. promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII. promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX. realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX. definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI. fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II. Da Competência

Artigo 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I. formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II. participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III. definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV. participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V. participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI. coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII. estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX. promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

- X. formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI. identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII. prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV. elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV. promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI. normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII. acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII. elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX. estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Artigo 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V. participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI. participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII. participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII. em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX. identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X. coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI. estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII. formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII. colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV. o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Artigo 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I. *planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;*
- II. *participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;*
- III. *participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;*
- IV. *executar serviços:*
 - a) *de vigilância epidemiológica;*
 - b) *vigilância sanitária;*
 - c) *de alimentação e nutrição;*
 - d) *de saneamento básico; e*
 - e) *de saúde do trabalhador;*
- V. *dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;*
- VI. *colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;*
- VII. *formar consórcios administrativos intermunicipais;*
- VIII. *gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;*
- IX. *colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;*
- X. *observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;*
- XI. *controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;*
- XII. *normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.*

Artigo 19. *Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.*

- **Decreto Nº. 4.726, De 9 de Junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.**

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_4726_2003_estrutura_ms.pdf

Artigo 1. *O Ministério da Saúde, órgão da administração direta, tem como área de competência os seguintes assuntos:*

- I. *política nacional de saúde;*
- II. *coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS;*
- III. *saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;*
- IV. *informações de saúde;*
- VI. *ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;*
- VII. *vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; e*
- VIII. *pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Portaria No. 1.863 em 29 Setembro de 2003, Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**

dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/.../Portaria_1863_de_29_09_2003.pdf

Artigo 1. *Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.*

Artigo 2. *Estabelecer que a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita:*

1. *garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);*
2. *consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;*
3. *desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;*
4. *fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;*
5. *contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;*
6. *integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;*
7. *qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.*

Artigo 3. *Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:*

1. *adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;*
2. *organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:*
 - 2a. *componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.*

- 2b. *componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas ? 192;*
- 2c. *componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;*
- 2d. *componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;*
3. *instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;*
4. *capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;*
5. *orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.*

Artigo 4. *Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências instituída por esta Portaria.*

• **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.**

http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf

A regulação médica das urgências e emergências

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Como já mencionado, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Regulação das Urgências e Emergências, podendo para

tanto, observadas as especificidades da área a ser regulada, contidas no presente Capítulo, utilizar o modelo de Roteiro estabelecido para o Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal definido no Anexo III da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

1. Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências:

1.1. Técnicas:

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;
- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;
- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;
- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;
- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;
- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;
- registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como frequentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;
- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;
- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

- participar de programa de educação continuada para suas tarefas;
- velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas; - manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

1.2. Gestoras:

Ao médico regulador também competem funções gestoras – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- *decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;*
- *decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;*
- *decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;*
- *o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;*
- *acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;*
- *requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;*
- *exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;*
- *contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.*

2. *Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias):*

O Setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

3. *Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.*

Capítulo III. Atendimento pré-hospitalar fixo

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda siquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (que serão abordados no Capítulo IV).

1. As urgências e emergências e a atenção primária à saúde e o programa de saúde da família

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA), conforme detalhamento abaixo:

1.1. Acolhimento dos Quadros Agudos:

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja colhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história regressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e re-adequação da terapêutica dentro da disponibilidade edicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc.

1.2. Capacitação de Recursos Humanos

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

1.3. Estruturação dos Recursos Físicos

Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da

unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo “procurando” um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas.

Materiais: Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

Medicamentos: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolan, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

1.4. Estruturação da Grade de Referência

É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o encaminhamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim, mediados pela respectiva Central de Regulação, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, pronto socorro, ambulatorios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam ser deslocar por conta própria, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

2. Unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

2.1. Atribuições

Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados. São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos pronto socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões:

- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;*
- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;*

- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações freqüentes);
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;
- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

2.2. Dimensionamento e Organização Assistencial

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura loco regional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência. Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os Medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação de 06 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Nos casos em que tais centrais ainda não estejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidos mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional. A observação de unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências em várias localidades do país mostrou ser adequada a seguinte relação entre cobertura populacional / número de atendimentos em 24 horas / número de profissionais médicos por plantão / número de leitos de observação / percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação:

...

Na Unidade tipo I, por se tratar de serviço com equipe reduzida, deverá haver sempre um profissional médico adicional de sobreaviso, que possa ser acionado para acompanhamento de pacientes críticos ou com instabilidade cardiorespiratória, quando estes necessitem ser removidos e não haja serviço pré-hospitalar móvel estruturado.

2.3. Recursos Humanos

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório.

Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros.

2.3.1. Habilitação dos Profissionais

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nas Unidades Não-Hospitalares devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento - Capítulo VII.

2.4. Área Física

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho e complexidade da unidade, conforme legenda a seguir:

- Opcional: *
- Desejável: **
- Obrigatório: ***

São consideradas as seguintes áreas físicas para a adequada estruturação das Unidades Não Hospitalares de Atendimento de Urgência:

2.4.1. Bloco de Pronto Atendimento:

- Sala de recepção e espera (com sanitários para usuários) ***
- Sala de arquivo de prontuário médico ***
- Sala de triagem classificatória de risco ***
- Consultórios médicos ***
- Consultório odontológico *
- Sala para Assistente Social *
- Sala para Atendimento Psicológico *

2.4.2. Bloco de Apoio Diagnóstico

- Sala para radiologia *** (no local, exceto quando houver hierarquia entre as unidades 24 horas não hospitalares de atendimento de urgência de diferentes portes em uma determinada localidade e desde que haja garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).
- Laboratório de Patologia Clínica *** (no local ou com acesso garantido aos exames, dentro de um intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais). • Sala de coleta * (quando o laboratório for acessível, isto é, fora da unidade).

2.4.3. Bloco de Procedimentos:

- Sala para suturas ***
- Sala de curativos contaminados ***
- Sala para inaloterapia / medicação ***
- Sala de gesso *
- Sala de Pequena Cirurgia *

2.4.4. Bloco de Urgência / Observação:

- Sala de reanimação e estabilização / Sala de urgência ***
- Salas de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros) ***
- Sala de isolamento (com ante-sala, sanitário e chuveiro exclusivos) **

2.4.5. Bloco de Apoio Logístico

- Farmácia (exclusiva para dispensação interna) ***
- Almoxarifado ***
- Expurgo/Lavagem de material ***
- Central de material esterilizado ***
- Rouparia ***
- Necrotério ***

2.4.6. *Bloco de Apoio Administrativo*

- *Salas de Gerência e Administração ****
- *Sala de reunião **
- *Sala de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros) ****
- *Vestiários para funcionários ****
- *Copa/Refeitório ****
- *Depósito de Material de Limpeza ****
- *Área para limpeza geral ****
- *Local de acondicionamento de lixo ****
- *Estacionamento (ambulâncias, pacientes e funcionários) ***

2.4.7. *Caracterização da área física em relação aos fluxos internos e organização do processo de trabalho:*

A área física acima descrita foi dividida em blocos porque é aconselhável, do ponto de vista funcional, que estas áreas estejam mais ou menos contíguas, dando o máximo de racionalidade possível ao fluxo dentro da unidade. Assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes que vem por busca espontânea, deambulando, que dá acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes, que pode ser feito pela própria recepção ou por funcionários designados e reinados para este fim, dependendo do volume da demanda. A seguir deve ser realizada a triagem classificatória de risco. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.

O bloco de urgência deve ter uma outra entrada, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência. Esta deve comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor. Esta sala deve ser equipada com materiais e equipamentos necessários para atendimento de urgência clínica e/ou cirúrgica de adultos e crianças. Os medicamentos utilizados na primeira abordagem do paciente grave também devem estar disponíveis na própria sala. A entrada de um paciente na sala de urgência poderá ser anunciada por aviso sonoro ou comunicação verbal. Em qualquer uma das situações, um médico, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem devem dirigir-se imediatamente para a sala. O acesso da sala de urgência aos leitos de observação deve ser fácil e estas áreas devem ser, de preferência, contíguas.

É aconselhável que os blocos de apoio diagnóstico e de procedimentos tenham situação intermediária entre os blocos de pronto atendimento e de atendimento de urgência, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles. Quanto aos blocos de apoio logístico e administração, devem estar situados de forma a não obstruir o fluxo entre os demais blocos já mencionados.

As salas e áreas de assistência devem obedecer às Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde.

2.5. *Materiais e Equipamentos*

Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade de 24 horas como:

Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espêculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O² (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

2.6. Medicamentos

Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Amitriptilina, Ampicilina, Atropina, Bicarbonato de sódio, Biperideno, Brometo de Ipratrópio, Bupivacaína, Captopril, Carbamazepina, Carvão ativado, Cefalexina, Cefalotina, Cetoprofeno, Clister Glicerinado, Clordiazepóxido, Cloridrato de Clonidina, Cloridrato de Hidralazina, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Clorpromazina, Clorafenicol, Codeína, Complexo B injetável, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de sódio, Digoxina, Dipirona, Enalapril, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Fenoterol Bromidrato, Flumazenil, Furosemida, Gentamicina, Glicose isotônica, Glicose hipertônica, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Manitol, Meperidina, Metildopa, Metilergometrina, Metilprednisolona, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolan, Nifedipina, Nistatina, Nitroprussiato de sódio, Óleo mineral, Omeprazol, Oxacilina, Paracetamol, Penicilina, Prometazina, Propranolol, Ranitidina, Ringer Lactato, Sais para reidratação oral, Salbutamol, Soro glico-fisiológico, Soro Fisiológico, Soro Glicosado, Sulfadiazina prata, Sulfametoxazol + trimetoprim, Sulfato de magnésio, Tiamina (Vit. B1), Tramadol, Tobramicina Colírio, Verapamil, Vitamina K.

2.7. Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço

de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

...

Capítulo V. Atendimento hospitalar

Unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências

O presente Regulamento Técnico está definindo uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência. Refletindo sobre a regionalização proposta pela NOAS e sobre a estrutura dos pronto socorros existentes no país, adota-se a seguinte classificação/estruturação, partindo da premissa que nenhum pronto socorro hospitalar poderá apresentar infra estrutura inferior à de uma unidade não hospitalar de atendimento às urgências e emergências, conforme descrito no Capítulo III - item 2 deste Regulamento:

1. Classificação

As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência serão classificadas segundo segue:

A. Unidades Gerais:

- a. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;*
- b. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II.*

B. Unidades de Referência:

- a. Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;*
- b. Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II;*
- c. Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III.*

Observação: As Unidades de Referência correspondem, respectivamente, aos Hospitais Tipo I, II e III definidos segundo os critérios de classificação estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

2. Definição das Unidades e Critérios de Classificação

2.1. Características Gerais

As características gerais relacionadas abaixo são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências e são comuns às Gerais de Tipo I e II e às de Referência de Tipo I, II e III.

2.1.1. Recursos Humanos

Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas. No caso do treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários.

A Unidade deve contar com:

- a. Responsável Técnico - médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.*

O médico Responsável Técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde. No

caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

- b. Equipe Médica: deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.*
- c. Enfermagem: A Unidade deve contar com:*
 - Coordenação de Enfermagem: 01 (um) Enfermeiro Coordenador;*
 - Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.*

2.1.2. Área Física

As áreas físicas da Unidade deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

- a. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.*
- b. Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.*

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequada para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

2.1.3. Rotinas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada 04 anos e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos. Deve haver também uma rotina de manutenção preventiva de materiais e equipamentos. As Rotinas devem contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a. Critérios de avaliação dos pacientes e, se for o caso, de indicação de procedimento cirúrgico;*
- b. Procedimentos médico-cirúrgicos;*
- c. Procedimentos de enfermagem;*
- d. Rotinas de suporte nutricional;*
- e. Rotinas de controle de Infecção Hospitalar;*
- f. Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;*
- g. Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes;*

2.1.4. Registro de Pacientes

A Unidade deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

- a. Identificação do paciente;*
- b. Histórico Clínico;*
- c. Avaliação Inicial;*
- d. Indicação do procedimento cirúrgico, se for o caso;*

- e. Descrição do ato cirúrgico, se for o caso;
- f. Descrição da evolução e prescrições
- g. Condições na alta hospitalar ou transferência

2.1.5. Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem, possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

2.2. Características Específicas

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências as seguintes características específicas relativas a cada tipo de Unidade, devendo a mesma dispor de:

2.2.1. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Estes recursos devem ser, no mínimo, aqueles disponíveis e já descritos como exigíveis para as Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Os requisitos relativos à capacitação de recursos humanos, transporte e grade de referência também são os mesmos descritos para estas Unidades.

2.2.2. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o segundo nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

A área física da Unidade não pode ser inferior ao especificado para as Unidades Não Hospitalares - item 2.4 do Capítulo II. Além disso, no corpo do hospital, deve haver centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para as áreas de atuação mencionadas. Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Gerais de Tipo II as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.2.1. Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- Médico Clínico Geral
- Pediatra
- Ginecologista-Obstetra
- Cirurgião Geral
- Traumatologista-Ortopedista
- Anestesiologista
- Assistente Social

2.2.2.2. Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento especializado das urgências/emergências de que a Unidade deve dispor, nas 24 horas, são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

- Análises Clínicas Laboratoriais
- Eletrocardiografia
- Radiologia Convencional

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

- Endoscopia
- Ultra-sonografia
- Banco de Sangue

2.2.3. Unidades de Referência

As Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à M3 e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem a referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional.

As instalações previstas para as Unidades Não Hospitalares – item 2.4 do Capítulo II são exigência mínima e obrigatória na estrutura das Unidades de Referência. Caso não haja atendimento de traumatologia-ortopedia na Unidade, está dispensada a existência de sala de gesso.

2.2.3.1. Características Específicas- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia. Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento

to de Unidades de Referência de Tipo I as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.3.1.1. Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com: Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- *Cardiologia Pediatria Traumato-Ortopedia*
- *Cardiologista Pediatra Traumato- Ortopedista*
- *Hemodinamicista Intensivista Clínico Geral*
- *Angiografista Cirurgião*
- *Pediátrico*
- *Anestesiologista*
- *Cirurgião*
- *Cardiovascular*
- *Anestesiologista*
- *Intensivista*
- *Ecocardiografista*
- *Imagenologista*
- *Anestesiologista*

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- *Psicologia Clínica;*
- *Nutrição;*
- *Assistência Social;*
- *Fisioterapia;*
- *Terapia Ocupacional;*
- *Farmácia;*
- *Hemoterapia;*

Outros Profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- *Cardiologia Pediatria Traumato-Ortopedia*
- *Hematologista Endoscopista Imagenologista*
- *Imagenologista Hematologista*
- *Hematologista Cirurgião*
- *Vascular*
- *Broncoscopista Neurocirurgião*
- *Neuropediatra Cirurgião Geral*
- *Cirurgião*
- *Bucomaxilofacial*

2.2.3.1.2. Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializado de que a Unidade deve dispor são os seguintes: Existentes na própria estrutura do hospital:

...

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

2.2.3.2. Características Específicas- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo II as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.3.2.1. Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com: Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- Médico Clínico Geral Pediatra
- Ginecologista-Obstetra
- Cirurgião Geral
- Traumato-Ortopedista
- Anestesiologista
- Intensivista

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;
- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Hemoterapia;

Outros Profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- Oftalmologista
- Endoscopista
- Broncoscopista
- Otorrinolaringologista
- Cardiologista
- Odontólogo
- Hemodinamicista
- Neurologista
- Neurocirurgião
- Angiografista
- Psiquiatra

- Hematologista
- Cirurgião Pediátrico

2.2.3.2.2. Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializados de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

- Radiologia Convencional
- Ultra-sonografia
- Análises Clínicas Laboratoriais
- Eletrocardiografia
- Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III
- Tomografia Computadorizada
- Endoscopia
- Banco de Sangue
- Anestesiologia

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

- Broncoscopia
- Hemodinâmica
- Angiografia
- Ecocardiografia
- Terapia Renal Substitutiva

2.2.3.3. Características Específicas- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III:

As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica.

Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências. Além das características gerais relacionadas no item 2.1., são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo III as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.3.3.1. Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1., a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- Médico Clínico Geral
- Pediatra
- Ginecologista-Obstetra
- Cirurgião Geral
- Cirurgião Pediátrico
- Traumato-Ortopedista

- *Anestesiologista*
- *Intensivista*
- *Radiologista*
- *Cardiologista*
- *Neurologista*
- *Odontólogo*

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- *Psicologia Clínica;*
- *Nutrição;*
- *Assistência Social;*
- *Fisioterapia;*
- *Terapia Ocupacional;*
- *Farmácia;*
- *Hemoterapia;*

Outros Profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

- *Cirurgião Vascular*
- *Toxicologista*
- *Oftalmologista*
- *Hemodinamicista*
- *Angiografista*
- *Endoscopista Digestivo*
- *Broncoscopista*
- *Otorrinolaringologista*
- *Cirurgião Bucomaxilofacial*
- *Cirurgião Plástico*
- *Psiquiatra*
- *Cirurgião Torácico*
- *Neurocirurgião*

2.2.3.3.2. Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializados de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

- *Radiologia Convencional*
- *Ultra-sonografia*
- *Broncoscopista*
- *Análises Clínicas Laboratoriais*
- *Eletrocardiografia*
- *Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III*
- *Tomografia Computadorizada*
- *Endoscopia*
- *Banco de Sangue*
- *Anestesiologia*
- *Terapia Renal Substitutiva*

- Neurocirurgia
- Ecocardiografia

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

- Hemodinâmica
- Angiografia
- ...

Núcleos de educação em urgências

As urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel. Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas e conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, considerando o ainda importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor; a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção; a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, face aos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado; o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências e ainda, considerando a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender a demanda existente é que este Regulamento Técnico propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências – NEU.

1. Aspectos Gerais

...

- **Portaria No. 1.864, de 29 de Setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192.**

Resolve:

Artigo 1. *Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas nesta Portaria.*

Artigo 2. Instituir financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos SAMU – 192.

Artigo 3. Estabelecer que, para a organização da primeira etapa de implantação dos SAMU, serão destinados recursos para a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida e 150 unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 Centrais SAMU-192 e estruturação de 27 Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência.

§ 1. Os bens adquiridos e os serviços realizados com os recursos de investimento previstos no caput deste Artigo deverão ser repassados às secretarias de saúde municipais e estaduais e serão destinados exclusivamente à implantação ou implementação do SAMU.

§ 2. Com os recursos de investimento previstos no caput deste Artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir os veículos móveis (ambulâncias) e os respectivos equipamentos necessários à instalação das unidades de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, que posteriormente serão transferidos aos Estados e Municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio de cessão a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, devendo esses bens transferidos guardar a padronização visual constante do Anexo – Item F, desta Portaria.

§ 3. As ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes.

§ 4. Com os recursos de investimento previstos no caput deste Artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir equipamentos necessários ao funcionamento do Laboratório de Ensino em Procedimentos de Saúde, que posteriormente serão transferidos aos Estados e Municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, respeitados os critérios constantes no Anexo – Item D.

§ 5. Os recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências serão repassados mediante convênio no montante de até R\$ 150.000,00 por Núcleo.

§ 6. A compra de soluções para as adequações físicas, equipamentos e softwares para as Centrais SAMU-192 será objeto de Portaria específica, buscando contemplar as necessidades existentes nas diferentes realidades, sendo os equipamentos ou recursos financeiros disponibilizados mediante celebração de convênios, respeitados os critérios de gestão constantes no Anexo – Item B, desta Portaria.

§ 7. Para aquisição de equipamentos e adequação de áreas físicas das 152 centrais de regulação previstas no caput deste Artigo, serão despendidos recursos à medida do porte das centrais proporcionalmente à população a ser atendida, nos seguintes parâmetros:

Equipamentos:

- para Municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;
- para Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00;
- para Municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 200.000,00.

Área física:

- para Municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 50.000,00;
- para Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;
- para Municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00.

§ 8. Para a transferência dos recursos aludidos nos §§ 5º, 6º e 7º, deste Artigo, será exigida contrapartida nos casos abrangidos pela legislação vigente aplicável aos convênios de natureza financeira.

§ 9. Os recursos a ser transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto nesta Portaria não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da rede privada (filantrópica e lucrativa).

§ 10. Os recursos de investimento e custeio terão seus repasses limitados às secretarias de saúde qualificadas que se responsabilizarem pela gestão e gerência do SAMU e das Centrais SAMU - 192.

Artigo 4. Definir que as despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, Estados e Municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos. § 1. Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, competirá realizar repasses regulares e automáticos de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo os seguintes parâmetros:

- a) por Equipe de Suporte Básico: R\$ 12.500,00 por mês;
- b) por Equipe de Suporte Avançado: R\$ 27.500,00 por mês;
- c) por Equipe da Central SAMU-192: R\$ 19.000,00 por mês.

§ 2. O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos Estados e Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, e deverá estar expresso nos projetos que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios.

§ 3. Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito desta Portaria deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos SAMU.

Artigo 5. Estabelecer que o recebimento dos recursos de custeio previstos nesta Portaria, implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

Parágrafo único. Para os efeitos de cumprimento do disposto nesta Portaria:

- I. Aos SAMU não será autorizada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela SIA-SUS, por intermédio dos procedimentos Trauma I e Trauma II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto a ser contemplado no âmbito do componente da Política Nacional de Atenção às Urgências instituído nos termos desta portaria.
- II. Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.

Artigo 6. Definir que a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e compromissos:

- a) elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite.
 - a1) Os Planos de Atenção Integral às Urgências deverão explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência, além da implantação da política denominada “vaga zero” nas portas de urgência, conforme disposto na Portaria nº 2048/GM, de 5 de dezembro de 2002.
 - a2) Os Planos deverão conter as grades de referência e contra-referência, por especialidade ou área de atuação, envolvendo todos os serviços do sistema, desde as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família, as unidades não-hospitalares de atenção às urgências, prontos socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, seja como unidades públicas ou contratadas ou conveniadas, considerando os termos do Anexo – Item E, desta Portaria.
 - a3) Nos casos em que a pactuação aponte a implantação de sistemas regionais, a coordenação do processo de elaboração do Plano Regional será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais envolvidas.
 - a4) A coordenação do processo de elaboração do Plano Estadual será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. (COSEMS).

- b) *Apresentar projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, com sua respectiva Central SAMU-192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria MS n.º 2048, de novembro de 2002). Este projeto deve incluir a planta física proposta para a Central SAMU-192 e seu custo respectivo.*
- c) *Apresentar proposta de implantação/implementação da área de Educação em Urgências, com respectiva proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais que atuam/ atuarão no setor, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no referido Regulamento Técnico.*
- d) *Implantação das Coordenações Estaduais de Urgência, das Coordenações Municipais de Urgência e das Coordenações Regionais de Urgência, quando necessário.*
- e) *Elaboração, formalização e apresentação de proposta de estruturação e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, conforme estrutura e atribuições constantes no Anexo, Item C, desta Portaria.*
- f) *Apresentação de Termo de Adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências, assinado pelos gestores e pelos diretores / coordenadores dos serviços que o compõem. Este Termo deverá afirmar compromissos e funções dos diferentes agentes políticos, envolvendo-os em um processo de diagnóstico / adequação operacional de caráter permanente e dinâmico;*
- g) *Apresentar Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;*
- h) *Submeter o pleito de qualificação para análise à aprovação:*
 - h1) *dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, conforme o caso);*
 - h2) *do conselho de saúde, comprovando por meio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde.*
 - h3) *da Comissão Intergestores Bipartite.*
- i) *Os Municípios deverão comprovar capacidade de realizar, no mínimo, os procedimentos PABA acrescidos dos procedimentos M1, conforme especificado nos Anexos 2º e 3 da NOAS 01/02, em especial no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado no Regulamento Técnico das Urgências, editado pela Portaria 2048/02, Capítulo I (itens 1, 2 e 3), Capítulo III (itens 1 e 2) e Capítulo V, para as Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I.*
- j) *Apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no tempo resposta e seus componentes, casuística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar, conforme Anexo, Item A.*
- k) *Comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho.*
- l) *Apresentação de planejamento com vistas a ampliar a captação de órgãos destinados aos transplantes.*
- m) *Disponibilização do banco de dados dos SAMU para implementar os registros de traumatismos não-intencionais e violências em geral, traumatismos no trabalho e o controle sobre doenças de notificação compulsória e outras condições de interesse para o desenvolvimento de estratégias promocionais.*
- n) *Estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, notificando suspeitas de violência e negligências como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.*
- o) *Implantação de ações que busquem a humanização do atendimento em urgências, com objetivo definido de fortalecer as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes.*
- p) *Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de*

acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

- q) Os Municípios e Estados que atendam os critérios aqui estabelecidos e que já possuam serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, operativos nos moldes da legislação vigente, poderão solicitar complementação dos recursos físicos e financeiros, fazendo jus, após aprovação do pleito, ao montante global dos recursos de custeio, incluída a parte já existente do serviço.*

Artigo 7. *As secretarias municipais e estaduais de saúde com serviços de atenção pré-hospitalar e Central SAMU – 192 já em funcionamento nos moldes da legislação referida farão jus imediato dos recursos de custeio mediante apresentação ao Ministério da Saúde de projetos que contemplem:*

- a) breve histórico do serviço: data de inauguração, localização (se tem sede própria ou não), principais avanços e entraves observados na atenção pré-hospitalar móvel no município / estado;*
- b) garantia de atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada;*
- c) cópia do ato formal de Constituição do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, seu regimento e respectivos componentes;*
- d) cópia dos documentos de cada uma das Viaturas de Suporte Básico e Avançado de Vida em condições de uso que compõem sua frota, devendo as mesmas estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia;*
- e) contrato(s) de manutenção específico(s) ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para a frota do SAMU;*
- f) lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe, por categoria profissional, com suas modalidades de contratação, indicando os nomes do Gerente do Serviço e das Chefias Médica e de Enfermagem, especificando as demais, se houver;*
- g) escala mensal dos últimos dois meses dos profissionais que compõem as equipes das viaturas e da Central SAMU-192, a saber: Médicos Reguladores e Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem, Motoristas, Telefonistas Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota;*
- h) Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;*

Parágrafo único. O pleito de qualificação deve ser submetido à análise e aprovação:

- a) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, quando necessário);*
- b) do conselho de saúde, comprovando por intermédio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde, e*
- c) da Comissão Intergestores Bipartite.*

Artigo 8. *Definir que todas as instâncias de análise e seleção dos projetos deverão utilizar, de acordo com os requisitos estabelecidos no Artigo 6º, os seguintes critérios de prioridade:*

- a) Municípios possuidores de serviços da área da saúde que realizam atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regulado por central médica, acessada 24 horas por número telefônico gratuito – 192, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002;*
- b) Municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal;*
- c) Municípios com maior porte populacional;*
- d) Municípios pólos regionais, definidos no PDR.*

§ 1. Com exceção do item “a” que será preferencial, os demais critérios estabelecidos pelo caput deste Artigo não terão caráter hierárquico, entre si.

§ 2. Os projetos previamente analisados e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite deverão estar em conformidade com os Planos Estaduais de Atenção às Urgências.

§ 3. Por meio de pactos entre municípios e estado, poderão ser implantadas Centrais SAMU–192 de abrangência regional, promovendo a otimização do investimento e favorecendo as possibilidades de financiamento tripartite.

Artigo 9. *Estabelecer que os projetos elaborados pelos estados e municípios, aprovados pelos respectivos conselhos e pela Comissão Intergestores Bipartite, que atenderem ao estabelecido nos artigos 6º, 7º e 8º desta Portaria, deverão ser encaminhados para apreciação da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, respeitadas as disposições contidas nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas mediante a Celebração de Convênios, aprovadas pela Portaria nº 601, de 15 de maio de 2003.*

§ 1. Em relação aos recursos de custeio, após análise técnica efetuada pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência, o projeto será encaminhado ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas e à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2. Os projetos aludidos no caput deste Artigo referentes a investimento deverão ser cadastrados e tramitados por intermédio do Sistema de Gestão de Convênios (GESCON), devendo a instância cadastrante encaminhá-los à Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS, para análise técnica.

§ 3. Os procedimentos de aquisição e transferência dos veículos e equipamentos serão operacionalizados pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, observado o disposto nas cláusulas dos convênios celebrados.

§ 4. Os projetos deverão ser encaminhados pelas Comissões Intergestores Bipartite Estaduais para a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS, até o dia 20 de dezembro de 2003.

§ 5. A partir do protocolo do projeto na Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – DAE/SAS, a mesma terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para elaborar o parecer técnico.

§ 6. Os projetos selecionados pelo Ministério da Saúde serão apresentados em reunião da Comissão Intergestores Tripartite/CIT e do Conselho Nacional de Saúde/CNS.

Artigo 10. *Estabelecer que os recursos orçamentários, contraparte da União, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, nos seguintes programas de trabalho:*

- 10.302.0023.4306 - Atendimentos Ambulatorial Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;
- 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Artigo 11. *Possibilitar aos Municípios e Estados que possuírem Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Central SAMU - 192, em conformidade com as especificações técnicas da Legislação existente (Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002), a garantia do custeio por meio do repasse mensal regular e automático, fundo a fundo, desde que tenham seus projetos qualificados, conforme requisitos expressos no Artigo 7º.*

Parágrafo único. A liberação dos recursos de investimento dos projetos aprovados ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Artigo 12. *Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado.*

Artigo 13. *As instâncias de recurso referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação do componente pré-hospitalar móvel serão, por ordem, resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.*

Artigo 14. Para os efeitos do disposto nesta Portaria, o Distrito Federal será tratado como Estado, no que couber, e de acordo com as suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição.

• **Portaria nº 2.072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências**

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2657.htm>

Artigo 1. Instituir, no âmbito da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência/DAE/SAS/MS, o Comitê Gestor Nacional da Atenção às Urgências.

Artigo 2. Estabelecer que o Comitê de que trata o artigo 1º desta Portaria será composto por representantes das Entidades/Instituições a seguir relacionadas, atuando sob a coordenação da primeira:

- I. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência DAE/SAS/MS;
- II. Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS;
- III. Departamento de Atenção Especializada DAE/SAS/MS;
- IV. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas DAPE/SAS/MS;
- V. Secretaria Executiva - SE/MS;
- VI. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS;
- VII. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS;
- VIII. Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS;
- IX. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS/MS; X - Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS;
- XI. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- XII. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- XIII. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO);
- XIV. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM);
- XV. Associação Médica Brasileira (AMB);
- XVI. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn);
- XVII. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE);
- XVIII. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB);
- XIX. Corporação dos Bombeiros;
- XX. Polícia Rodoviária Federal;
- XXI. Defesa Civil;
- XXII. Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN); XXIII - Conselho Nacional de Trânsito;
- XXIV. Ministério da Defesa;
- XXV. Ministério dos Transportes;
- XXVI. Ministério da Justiça;
- XXVII. Secretaria Especial dos Direitos Humanos;
- XXVIII. Ministério das Cidades; e
- XXIX. Rede Brasileira de Cooperação em Urgência e Emergência - RBCE.

...

• **MERCOSUR/GMC/RES. No. 12/07, Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.**

<http://www.sice.oas.org/Trade/MRCSRS/Resolutions/Res4807.pdf>

El grupo mercado común resuelve:

Artículo 1. Aprobar las “Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia”, que constan en Anexos I y II y forman parte de la presente Resolución.

- a) Las Directrices establecidas en el Anexo I se aplican a la atención prehospitalaria fija en unidades no hospitalarias y unidades hospitalarias de atención de Urgencia y Emergencia;
- b) Las Directrices establecidas en el Anexo II se aplican a la atención prehospitalaria fija de Urgencia y Emergencia en unidades de atención primaria;
- c) Estas Directrices no incluyen la atención pre-hospitalaria móvil.

Artículo 2. El seguimiento y actualización de las Directrices será realizado por el SGT N° 11, cuyas funciones incluirán lo siguiente: intercambios de información, propuestas de pautas, estándares y procedimientos operacionales, análisis de los avances nacionales en la materia y estudio de la adecuación de las Directrices no establecidas en la presente Resolución.

Artículo 3. Los Organismos Nacionales competentes para la implementación de la presente Resolución son:

- Argentina: Ministerio de Salud
- Brasil: Ministério da Saúde
- Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- Uruguay: Ministerio de Salud Pública

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe un sistema de atención móvil de urgencia denominado SAMU 192 del que participan todos los municipios en una red de atención de urgencias integrada y regionalizada, permitiendo la atención pre hospitalaria a la población en situación de urgencia y emergencia de manera ininterrumpida las 24 horas, 7 días de la semana. Su funcionamiento está regulado en detalle por cada municipio.

- **Decreto No 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.**
www.disaster-info.net/PED-udamerica/leyes/leyes/suramerica/brasil/salud/DECRETO_N5055.pdf

Artigo 1. Fica instituído, em Municípios e regiões do território nacional, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, visando a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente.

Artigo 2. Para fins do atendimento pelo SAMU, fica estabelecido o acesso nacional pelo número telefônico único - 192, que será disponibilizado pela ANATEL exclusivamente às centrais de regulação médica vinculadas ao referido Sistema.

Artigo 3. Os Municípios ou regiões que pretenderem aderir ao SAMU deverão formular requerimento aos Ministérios da Saúde e das Comunicações, que decidirão, conjuntamente, sobre a assinatura de convênio para a disponibilização do número de acesso nacional, bem como a definição dos procedimentos a serem adotados.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Resolução CONSU n.º 13 publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04.11.98. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.**
http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=77&id_original=0

...

Artigo 7. *A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.*

§ 1. *Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus*

§ 2. *Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.*

§ 3. *Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.*

Artigo 8. *Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.*

• **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.**

http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf

Atendimento pré-hospitalar móvel

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

1. Equipe Profissional

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

1.1. Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde

A equipe de profissionais oriundos da área da saúde deve ser composta por:

- *Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;*
- *Responsável Técnico: Médico responsável pelas atividades médicas do serviço;*
- *Responsável de Enfermagem: Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem ;*
- *Médicos Reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;*
- *Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;*
- *Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;*
- *Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;*

OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem. Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

1.1.1. Perfil dos Profissionais Oriundos da Área da Saúde e respectivas competências/Atribuições:

- 1.1.1.1. Médico:** *Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-*

hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento. Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

- 1.1.1.2. *Enfermeiro: Profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos deste Regulamento, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar. Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.*

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

- 1.1.1.3. *Técnico de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional. Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica. Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.*
- 1.1.1.4. *Auxiliar de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Auxiliar de enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional e conforme os termos desta Portaria. Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica. Competências/Atribuições: auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de vítimas.*
- 1.2. *Equipe de Profissionais Não Oriundos da Saúde, Perfis e Respectivas competências/Atribuições: A equipe de profissionais não oriundos da área da saúde deve ser composta por, com os seguintes perfis e competências/atribuições:*
- 1.2.1. *Telefonista – Auxiliar de Regulação: Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador. Sua capacitação e atuação seguem os padrões previstos neste Regulamento. Requisitos Gerais: maior de dezoito*

anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de manter sigilo profissional; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: atender solicitações telefônicas da população; anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio; prestar informações gerais ao solicitante; estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar; estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações; anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço; obedecer aos protocolos de serviço; atender às determinações do médico regulador.

- 1.2.2. *Rádio-Operador: Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento. Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.*

Competências/Atribuições: operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação; exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel; manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

- 1.2.3. *Condutor de Veículos de Urgência:*

- 1.2.3.1. *Veículos Terrestres: Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente Regulamento como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.*

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

- 1.2.3.2. *Veículos Aéreos: Profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da aeronave, respeitando as prerrogativas legais de segurança de voo, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.*

Requisitos Gerais: de acordo com a legislação vigente no país (Lei nº 7.183, de 5 de abril de 1984; Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986; e Portaria nº 3.016, de 5 de fevereiro de 1988 – do Comando da Aeronáutica), além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aéreo destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da aeronave; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a localização dos estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial que podem receber aeronaves; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas aeronaves de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.3.3. *Veículos Aquáticos: Profissional habilitado à operação de embarcações, segundo as normas e regulamentos vigentes no país, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da embarcação, respeitando as prerrogativas legais de segurança de navegação.*

Requisitos Gerais: Os já determinados pela legislação específica para condutores de embarcações, além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aquático destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da embarcação; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas embarcações de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.4. *Profissionais Responsáveis pela Segurança: Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento.*

Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento;

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme

conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; prestar primeiro atendimento à intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

- 1.2.5. *Bombeiros Militares: Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.*

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica. *Competências/Atribuições:* comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do

médico regulador; obter acesso e remover a/s vítima/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subseqüentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento.

1.3. *Capacitação Específica dos Profissionais de Transporte Aeromédico* Os profissionais devem ter noções de aeronáutica de fisiologia de voo. Estas noções de aeronáutica e noções básicas de fisiologia de voo devem seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, e da Divisão de Medicina Aeroespacial, abrangendo:

Noções de aeronáutica:

- Terminologia aeronáutica;
 - Procedimentos normais e de emergência em voo;
 - Evacuação de emergência;
 - Segurança no interior e em torno de aeronaves;
 - Embarque e desembarque de pacientes.
- Noções básicas de fisiologia de voo:*
- Atmosfera;
 - Fisiologia respiratória;
 - Estudo clínico da hipóxia;
 - Disbarismos;
 - Forças acelerativas em voo e seus efeitos sobre o organismo humano; Aerocinetose;
 - Ritmo circadiano;
 - Gases, líquidos e vapores tóxicos em aviação;
 - Ruídos e vibrações;
 - Cuidados de saúde com paciente em voo. A capacitação necessária aos profissionais que atuam no transporte aeromédico será a mesma estabelecida no presente Regulamento para os profissionais

do pré-hospitalar móvel, conforme grade do Capítulo VII, devendo, no entanto, ter a seguinte capacitação adicional:

- 1.3.1. *Piloto de Aeronave de Asa Rotativa:*
 - *Módulo comum: total 8 horas*
 - *Qualificação pessoal:*
 - *Atendimento pré-hospitalar;*
 - *Sistema de saúde local;*
 - *Rotinas operacionais*
- 1.3.2. *Profissional de Segurança e Auxiliar/Técnico de Enfermagem:*

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

 - *Noções de aeronáutica: 10 horas;*
 - *Noções básicas de fisiologia de vôo: 12 horas.*
- 1.3.3. *Médicos e Enfermeiros:*

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

 - *Noções de aeronáutica: 10 horas;*
 - *Noções básicas de fisiologia de vôo: 20 horas.*

2. Definição dos veículos de atendimento pré-hospitalar móvel

2.1. Ambulâncias

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As Ambulâncias são classificadas em:

- *TIPO A. Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.*
- *TIPO B. Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte interhospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.*
- *TIPO C. Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências préhospitais de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).*
- *TIPO D. Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitais e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.*
- *TIPO E. Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.*
- *TIPO F. Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.*

2.2. Veículos de intervenção rápida

Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

2.3. Outros veículos:

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

3. Definição dos materiais e equipamentos das ambulâncias

As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

3.1. Ambulância de Transporte (Tipo A):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

3.2. Ambulância de Suporte Básico (Tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze esteril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete esteril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e malas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

3.3. Ambulância de Resgate (Tipo C):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas. Quando realizarem também o suporte básico de vida, as ambulâncias de resgate deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo 8 metros cúbicos, além de compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento e deverão estar equipadas com: maca articulada e com rodas; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a - alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, luvas descartáveis; cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze esteril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete esteril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação;

3.4. Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantill/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios -guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de varios tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém natos.

3.5. Aeronave de Transporte Médico (Tipo E):

3.5.1. Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria; oxímetro portátil; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: conjunto de cânulas rofaríngeas; cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantill/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil;; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas

especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato, e glicosada para infusão venosa; caixa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

- *Outros: colete imobilizador dorsal; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.*

3.5.2. *Aeronaves de Asas Fixas (Aviões) e Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel secundário ou transporte interhospitalar:*

- *Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 4 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.*
- *Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro portátil; monitor de pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo;*
- *Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantill/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; catéteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme*

metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

3.6. *Embarcação de Transporte (Tipo F):*

Este veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, poderá ser equipado como indicado para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

4. *Definição dos medicamentos das ambulâncias*

Medicamentos obrigatórios que deverão constar nos veículos de suporte avançado, seja nos veículos terrestres, aquáticos e nas aeronaves ou naves de transporte médico (Classes D, E e F):

- *Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;*
- *Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato;*
- *Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolan;*
- *Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin;*
- *Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.*

5. *Tripulação*

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

5.1. *Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.*

5.2. *Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.*

5.3. *Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.*

5.4. *Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.*

5.5. *Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:*

- *Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;*
- *Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.*

5.6. *Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.*

...

Capítulo VI. Transferências e transporte inter-hospitalar

1. *Considerações Gerais:*

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.

Assim, estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, de caráter clínico, traumatológico, ginecoobstétrico e psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças ou recém nascidos, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco regionais, seja para elucidação diagnóstica através de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação. As grades de referência loco regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências, cujas competências técnicas e gestoras estão estabelecidas no Capítulo II deste Regulamento. Tais centrais poderão ter abrangência loco-regional, de acordo com os pactos de referência e mecanismos de financiamento estabelecidos pela NOAS - SUS/2002.

Nos casos em que as centrais reguladoras ainda não estejam estruturadas, as pactuações também deverão ser realizadas e os encaminhamentos deverão ser feitos mediante grade de assistência loco regional, com contato prévio com o serviço receptor. No processo de planejamento e pactuação das transferências inter-hospitalares, deverá ser garantido o suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos pacientes que, fora da situação de urgência, ao receberem alta, não apresentem possibilidade de locomover-se através de outros meios, por restrições clínicas. Pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações sócioeconômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde, deverão receber apoio, nos moldes estabelecidos por políticas intersetoriais loco regionais. Salienta-se que o planejamento do suporte a estes casos é de fundamental importância ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que os pacientes podem ocupar leitos hospitalares por períodos mais ou menos longos após terem recebido alta, por dificuldade de transporte de retorno a suas residências.

2. Conceituação:

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:

- a) A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;*
- b) A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.*

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios. O transporte interhospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com o estabelecido no Capítulo IV deste Regulamento. Transporte Aeromédico: O transporte aéreo poderá ser indicado, em aeronaves de asa rotativa, quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornem o transporte terrestre muito demorado, ou em aeronaves de asa fixa, para percorrer grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável, diante das condições clínicas do paciente. A operação deste tipo de transporte deve seguir as normas e legislações específicas vigentes, oriundas do Comando da Aeronáutica através do Departamento de Aviação Civil. Para efeito da atividade médica envolvida no atendimento e transporte aéreo de pacientes, conforme já definido no Capítulo IV deste Regulamento, considera-se que o serviço deve possuir um director médico com habilitação mínima compre-

endendo capacitação em emergência pré-hospitalar, noções básicas de fisiologia de vôo e noções de aeronáutica, sendo recomendável habilitação em medicina aeroespacial. O serviço de transporte aeromédico deve estar integrado ao sistema de atendimento pré-hospitalar e à Central de Regulação Médica de Urgências da região e deve ser considerado sempre como modalidade de suporte avançado de vida.

- Transporte Aquaviário: este tipo de transporte poderá ser indicado em regiões onde o transporte terrestre esteja impossibilitado pela inexistência de estradas ou onde não haja transporte aeromédico, observando-se a adequação do tempo de transporte às necessidades clínicas e a gravidade do caso.
- Transporte Terrestre: este tipo de transporte poderá ser indicado para áreas urbanas, em cidades de pequeno, médio e grande porte, ou para as transferências inter municipais, onde as estradas permitam que essas unidades de transporte se desloquem com segurança e no intervalo de tempo desejável ao atendimento de cada caso.

3. Diretrizes Técnicas:

3.1. Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico solicitante:

- a) O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;
- b) Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;
- c) Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;
- d) A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;
- e) Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;
- f) Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;
- g) Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;
- h) A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;
- i) Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;
- j) Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

- k) *Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição/serviço potencialmente receptor;*
 - l) *Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;*
 - m) *Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo as especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;*
 - n) *Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU nº13, de 4 de novembro de 1998 e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.*
- 3.2. *Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador Além das estabelecidas no Capítulo II deste Regulamento, ficam definidas as seguintes responsabilidades/atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador:*
- a) *O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta. Nestes casos, a localização dos veículos e das equipes de saúde responsáveis pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;*
 - b) *Utilizar o conceito de “vaga zero”, definido no Capítulo II deste Regulamento também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos locais regionais o tornem imperativo.*
- 3.3. *Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições à Equipe de Transporte:*
- a) *Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;*
 - b) *Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;*
 - c) *No caso de transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;*
 - d) *O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;*
 - e) *Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;*
 - f) *Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;*
 - g) *Comunicar ao médico regulador o término do transporte;*
 - h) *Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.*
- 3.4. *Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico Receptor:*

- a) Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;
- b) Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;
- c) Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não – conceito de “vaga zero”;
- d) Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;
- e) Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
- f) Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;
- g) Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

La atención de urgencia o emergencia en el ámbito del Sistema Único de Salud es gratuita. La atención prestada por hospitales y clínicas particulares debe ser reembolsada. Se prohíbe reclamar caución o cheque para garantizar el pago previo a la prestación de la atención médica.

Respecto a los seguros privados de salud, en caso que la atención de urgencia y emergencia no haya podido ser prestada en la red incluida en el servicio, en general los seguros reembolsan los gastos.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_carencia_doenca_urgencia.pdf

• Lei no. 9.656 , de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm

Artigo 1. *Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001).*

- I. *Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória 2.177 -44, de 2001).*

...

§ 1. *Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória 2.177 -44, de 2001)*

- a) *custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001)*

- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória 2.177 -44, de 2001)*
- c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001)*
- d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001)*
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001)*
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001)*
- ...

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República de Chile con las reformas efectuadas en 2009.**

http://www.bcn.cl/lc/cpolitica/index_html

Artículo 9. *El derecho a la protección de la salud.*

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;

- **Decreto Ley No. 2.763 de 1979 que Reorganiza el Ministerio de Salud**

<http://rrhh.minsal.gov.cl/portal/DECRETOS/DTOLEY27.pdf>

Artículo 1. *Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla la presente ley, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.*

- **Decreto con fuerza de Ley No. 1. Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley No 2.763/79 y de las Leyes Nos. 18.933 de Institución de Salud Previsional (ISAPRE) y 18.469, que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud. Publicado el 24 de abril de 2006.**

http://www.cenabast.cl/transparenciaactiva/sitio/normativa_a7c.html

Artículo 1. *Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla el presente Libro, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 18.469, Publicada en el Diario Oficial de 23 de noviembre de 1985. Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud.**

<http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/ssmetronorte/subsidioprogramas.pdf>

Artículo 2. *Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16 y 28.*

Artículo 16. *Las personas que no sean beneficiarias del Régimen podrán requerir y obtener de los organismos creados por el Decreto Ley N° 2763, de 1979, el otorgamiento de prestaciones de acuerdo con el reglamento, pagando su valor según el arancel a que se refiere el artículo 28.*

Artículo 28. *Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron disposiciones.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

No se localizó una norma integral en la materia, Las siguientes disposiciones hacen referencia al tema:

- **Decreto con Fuerza de Ley No. 725, Código Sanitario, publicado en el Diario Oficial de 31 de enero de 1968.**
http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley18469.pdf

Artículo 127. *“Las recetas médicas, análisis y exámenes de laboratorio son reservados. Sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos, con el consentimiento expreso del paciente, otorgado por escrito”.*

- **Decreto Supremo N° 161 del Ministerio de Salud que fija el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.**
<http://www.saludmagallanes.cl/res/reglamentos/reglamentohospitalesyclnica.pdf>

Artículo 22. *Toda información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en el establecimiento, tendrá el carácter de reservado y estará sujeto a las disposiciones relativas al secreto profesional. Solo se podrá entregar a los Tribunales de Justicia u otras entidades legalmente autorizadas para requerirlas.*

- **El Código de Ética del Colegio Médico de Chile, edición 2008.**
http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/ética/090305codigo_etica.pdf

Artículo 2. *El presente Código se aplicará a todos los médicos cirujanos que tengan la calidad de asociados al Colegio Médico de Chile (A.G.), de conformidad con sus estatutos, reglamentos y acuerdos aprobados por los organismos competentes.*

...

Artículo 14. Los médicos no podrán, en caso alguno, revelar directa ni indirectamente los datos o informaciones que hayan conocido o les hayan sido revelados en el ejercicio de su profesión, salvo orden judicial o autorización libre y espontánea del paciente mayor de edad, y que esté en su sano juicio. El secreto médico es un derecho objetivo del paciente; el profesional está obligado a respetarlo en forma absoluta por un derecho natural, no prometido ni pactado.

...

Artículo 21. El médico no deberá consignar en un documento cuya reserva no esté asegurada: diagnósticos, pronósticos y peritajes que resulten potencialmente lesivos para el paciente.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Decreto con Fuerza de Ley No. 725, Código Sanitario, publicado en el Diario Oficial de 31 de enero de 1968.**

http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley18469.pdf

Artículo 3. Corresponde al Servicio Nacional de Salud, sin perjuicio de las facultades del Ministerio de Salud Pública, atender todas las materias relacionadas con la salud pública y el bienestar higiénico del país, de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del N 14 del artículo 10 de la Constitución Política del Estado, este Código y su Ley Orgánica.

De los Servicios de Salud

Artículo 9. Sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud y del Instituto de Salud Pública de Chile, así como de las demás facultades que les confieren las leyes, corresponde en especial a los Directores de los Servicios de Salud en sus respectivos territorios:

- a) Velar por el cumplimiento de las disposiciones de este Código y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones que lo complementen, y sancionar a los infractores;
- b) Dictar dentro de las atribuciones conferidas por el presente Código, las órdenes y medidas de carácter general, local o particular, que fueren necesarias para su debido cumplimiento;
- c) Solicitar al Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, la dictación de los reglamentos del presente Código y proponerle las normas que deben regular las funciones de orden sanitario a cargo de las Municipalidades;
- d) Informar al Ministerio de Salud sobre las materias que éste le requiera;
- e) Solicitar de las autoridades, instituciones públicas o privadas o individuos particulares, los datos y cooperación que estime convenientes para el mejor ejercicio de sus atribuciones. Los datos o cooperación deben ser proporcionados en el plazo prudencial que el Director del Servicio señale;
- f) Rebajar o eximir, en casos excepcionales y por motivos fundados, los derechos que deben pagarse por las actuaciones de los Servicios, fijados por el Arancel aprobado por el Ministerio de Salud, a determinadas personas naturales o jurídicas que ejecuten actividades de asistencia social, docencia o investigación científica. Las mismas facultades serán ejercidas por el Director del Instituto de Salud Pública de Chile, que podrá aplicarlas especialmente respecto de los controles relativos a medicamentos para necesidades personales de enfermos o de donaciones en casos de emergencias o catástrofes, y
- g) Delegar las facultades que les concede el presente Código.

- **Decreto Ley No. 2.763 de 1979 que reorganiza el Ministerio de Salud**

<http://rrhh.minsal.gov.cl/portal/DECRETOS/DTOLEY27.pdf>

Artículo 4. *Al Ministerio de Salud corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Supremo Gobierno y desempeñará las siguientes funciones:*

- Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas;*
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras, a las que deberán ceñirse los organismos y las entidades del Sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas;*
- Formular los planes y programas generales del Sistema, en concordancia con las políticas del Gobierno;*
- Coordinar la actividad de los organismos del Sistema y propender, en la forma autorizada por la ley, al desarrollo de las acciones de salud por otros organismos y personas del sector;*
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de salud, y*
- Cumplir las demás funciones que le asigne el Código Sanitario y otras leyes y reglamentos.*

Corresponderá, asimismo, al Ministerio de Salud, en conformidad con las directivas que señale el Supremo Gobierno, fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones respecto de las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificios destinados a establecimientos hospitalarios de los Servicios de Salud.

- **Decreto con fuerza de Ley No. 1. Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley No 2.763/79 y de las Leyes Nos. 18.933 de Institución de Salud Previsional (ISAPRE) y 18.469, que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud. Publicado el 24 de abril de 2006.**

http://www.cenabast.cl/transparenciaactiva/sitio/normativa_a7c.html

Artículo 4. *Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:*

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:*
 - La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.*
 - La definición de objetivos sanitarios nacionales.*
 - La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.*
 - La coordinación y cooperación internacional en salud.*
 - La Dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.*
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.*
- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.*

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley No. 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e

infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

4. *Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.*
5. *Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley No. 19.628 y sobre secreto profesional.*
6. *Formular el presupuesto sectorial.*
7. *Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, “Sistema AUGE”, el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios a que se refieren los Libros II y III de esta Ley.*
8. *Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.*
9. *Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.*
10. *Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.*
11. *Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcanzen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.*
12. *Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.*

Un reglamento del Ministerio de Salud establecerá el sistema de acreditación, la entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas, o su forma de selección; los requisitos que deberán cumplir; las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.
13. *Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.*

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado. Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada

especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

14. *Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.*
15. *Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.*
16. *Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.*
17. *Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.*

GARANTÍA DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Norma General Técnica No. 17 sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de 2 de marzo de 2005. Resolución Exenta 338 de 2005.**

I. Antecedentes Generales

Frente a la actual realidad epidemiológica, ha sido necesario enfrentar la atención de urgencia con una modalidad distinta de la tradicional en la cual la medicina se practica exclusivamente dentro de los hospitales. Para responder a los requerimientos de atención de urgencia de la población, los Servicios de Salud han debido responder organizándose de diferente manera, en términos generales, en un área intrahospitalaria y otra extrahospitalaria.

Esta modalidad de atención fuera del hospital, es la atención prehospitalaria, denominada Urgencia 131 (Samu), donde la variable tiempo, en el sentido de la oportunidad, es crítico.

Como sector, se debe asegurar la disponibilidad de esta atención, contando con personal capacitado para el manejo de la atención de urgencia prehospitalaria estableciendo los mecanismos de coordinación intersectorial necesarios para asegurar el funcionamiento del sistema. Para ello es necesario poner a disposición del sistema una red de comunicaciones que asegure cobertura y operatividad en forma permanente y además, disponer de medios de transporte adecuados, tanto para la atención de pacientes en la vía pública como para el traslado de pacientes críticos entre establecimientos asistenciales.

Cada Servicio de Salud determinará la estructura que para su funcionamiento tendrá este sistema de atención, sin embargo al hacerlo deberá velar porque esté inserto en la organización de la Red Asistencial y porque tenga la adecuada cobertura en el territorio de su jurisdicción.

El diseño de este sistema puede considerar, en los casos en que la situación geográfica lo haga posible, la coordinación y complementación de dos o más Servicios de Salud para la atención de sus territorios o de las partes de

éstos que puedan ser abarcadas conjuntamente, como una manera de obtener el uso más efectivo de los recursos disponibles y la más pronta y eficiente respuesta a la demanda.

El tipo de atención de salud que brindan los equipos de intervención prehospitalaria se realiza en turnos rotativos, con cobertura las 24 hrs. del día, en horario hábil e inhábil y actuando directamente con los pacientes; esta condición permite que a través de una resolución del Director del Servicio correspondiente se les reconozca la calidad de personal que actúa en labores de emergencia, de manera que accedan a los beneficios de la Ley N° 19.264, dentro de la cantidad de cupos asignados para ese organismo.

La elaboración de esta norma técnica de atención prehospitalaria tiene como propósito definir criterios y orientaciones generales de organización y metodología de trabajo, de manera de unificar las líneas de acción del equipo de salud a cargo de esta modalidad de atención de urgencia.

..

VI. Evaluaciones y Controles

El sistema prehospitalario deberá disponer de indicadores que permitan evaluar, comparar y controlar los aspectos más importantes de las actividades de gestión, atención de salud y de los sistemas de apoyo que inciden en los resultados de esta modalidad de atención de salud.

• Decreto Supremo No. 161 del Ministerio de Salud que fija el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.

<http://www.saludmagallanes.cl/res/reglamentos/reglamentohospitalesyclnica.pdf>

Artículo 1. *El presente reglamento se aplicará a todos los hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud en que se preste atención cerrada para ejecutar fundamentalmente acciones de recuperación y rehabilitación a personas enfermas.*

...

Artículo 4. *La instalación de los establecimientos sometidos al presente decreto será autorizada por el Secretario Regional Ministerial de Salud en cuyo territorio estén ubicados, al que corresponderá, además, inspeccionar su funcionamiento.*

Los instrumentos que aplique dicha autoridad sanitaria para la evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos por el presente reglamento para el otorgamiento de dicha autorización serán iguales para todos los establecimientos, ya sea que pertenezcan al sector público o al sector privado. Con el fin de asegurar la igualdad de criterios por parte de todas las autoridades sanitarias regionales del país, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo firmado “Por Orden del Presidente de la República” aprobará las correspondientes normas técnicas para la debida ejecución de dichas evaluaciones.

....

Artículo 16. *Cada establecimiento podrá determinar libremente su organización interna, sin perjuicio de que ella deba contar con sistemas que aseguren a los pacientes como mínimo:*

- a) Atención médica de emergencia;*
- b) Hidratación y transfusiones;*
- c) Aplicación de oxígeno y aspiración;*
- d) Disponibilidad permanente de material e instrumental esterilizados;*
- e) Medicamentos de urgencia; y*
- f) Evacuación expedita de los pacientes y del personal, en caso de incendios u otras catástrofes.*

Artículo 26. Todos los establecimientos deberán disponer de a lo menos un profesional de la salud, en forma continua encargado de la atención nocturna, cuyo nombre y profesión deberá darse a conocer en un sitio destacado, y de un sistema que asegure la atención médica de las emergencias internas.

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Norma General Técnica No. 17 sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de 2 de marzo de 2005. Resolución Exenta 338 de 2005.**
www.ssrvc.cl/docs/Profesiones_Medicas/Normas/SAMU.pdf

...

III. Áreas

1. Área de Regulación

Se entiende por regulación a un conjunto relacionado de acciones destinadas a analizar la demanda de atención expresada en la llamada al centro regulador, y tomar la decisión de asignar los recursos más adecuados para la intervención requerida para ese caso. El ejercicio de la función de regulación incluye la determinación de la salida o no del móvil, el tipo de móvil en caso de enviarlo, el desarrollo y apoyo a la intervención del personal en terreno y la coordinación del conjunto de interventores hasta que el paciente es admitido en el servicio asistencial más adecuado, en caso de que ello sea necesario.

Centro Regulador:

El Centro es la instancia que recibe, analiza y orienta la resolución de las llamadas de solicitud de atención de urgencia a través del despacho de móviles o del consejo telefónico, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, además de dar el soporte técnico a los equipos de intervención en terreno.

El Centro Regulador deberá disponer de protocolos actualizados y difundidos para el quehacer de los diferentes estamentos (operadora radial, profesional regulador, despachador, médico regulador).

Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año.

Los recursos humanos de que debe disponer son:

Médicos capacitados en medicina de urgencia, manejo del trauma y atención prehospitalaria, y profesionales reanimadores, operadores telefónicos y/o radiales.

Bases:

Es la unidad operativa del Centro Regulador, corresponde a la planta física que acoge a los móviles y a su tripulación.

Los requerimientos mínimos son: enlace radial y telefónico con el Centro Regulador, con los móviles y con las otras bases y al menos un móvil y un equipo radial, los que deberán permanecer disponibles las 24 hrs.

...

La llamada que comunica la situación de urgencia se hace a través del número 131: ésta llega al Centro Regulador, es atendida por telefonistas y / o radioperadores, profesionales, médicos.

1. La operadora telefónica recibe la llamada y
 - Determina datos básicos de la llamada
 - Interroga al solicitante con un cuestionario establecido destinado a detectar gravedad y compromiso vital inmediato o potencial.
 - Si la demanda contiene elementos de compromiso vital traspasa la llamada al médico regulador junto a los antecedentes básicos del llamado.

- *Si la demanda es una urgencia sin compromiso vital puede activar intervención de un móvil básico.*
2. *El médico regulador*
 - *Supervisa el conjunto de la actividad del Centro Regulador*
 - *Captura la llamada traspasada por la operadora, realiza un interrogatorio breve y preciso.*
 - *Establece un diagnóstico preliminar que le permite asignar recursos y/o dar consejo médico telefónico, de acuerdo a la gravedad de la situación*
 - *Registra datos clínicos de la demanda y antecedentes adicionales.*
 - *Aporta las informaciones recopiladas al equipo de intervención*
 - *Apoya técnicamente a los equipos de intervención en terreno.*
 - *Comunica el evento a las Instituciones de colaboración y coordina acciones si es necesario.*
 3. *La operadora radial*
 - *Se comunica con la Base o ambulancia seleccionada y activa la salida del móvil, indicándole el lugar el que debe dirigirse y el tipo de procedimiento.*
 - *Da asistencia al móvil para encontrar las vías expeditas que le permitan llegar rápidamente al lugar del evento.*
 4. *El móvil: (equipo humano capacitado).*
 - *Se mantiene en permanente comunicación con el Centro Regulador, recibiendo informaciones capturadas por el regulador, consultando por calles, vías de acceso, avisando hora de salida de base, llegada al evento y otros datos que requiera el Centro Regulador.*
 - *Comunica al médico regulador un informe preliminar de la situación general en el lugar de la emergencia.*
 - *Realiza una evaluación primaria y secundaria del paciente según protocolo y establece dialogo técnico con el médico regulador, solicitando apoyo médico para la administración de medicamento y refuerzo si la situación lo amerita.*
 5. *El médico regulador:*
 - *Recibe del equipo de intervención la evaluación del paciente y entrega apoyo técnico.*
 - *Decide, considerando los antecedentes entregados por el equipo de intervención y las disponibilidades, el destino del paciente.*
 - *Verifica las disponibilidades de recursos para recibir al paciente, según patología y ubicación.*
 - *Se comunica con la Unidad de Emergencia o el establecimiento de salud elegido y avisa envío de paciente para activar su correcta recepción.*
 6. *El móvil (equipo humano capacitado)*
 - *Estabiliza al paciente*
 - *Si es necesario, traslada al paciente a la Unidad de Emergencia o al establecimiento de salud definido por el Centro regulador.*
 - *Comunica al Centro Regulador las condiciones del paciente y el tiempo estimado de arribo a la Unidad de Emergencia*
 - *Confecciona ficha de atención de paciente, con copia, con datos completos del paciente y los procedimientos realizados durante la intervención.*
 - *Entrega al paciente en la Unidad de Emergencia o establecimiento de salud, junto a su ficha de atención prehospitalaria.*
 - *Avisa al Centro Regulador, tiempo de llegada y término de la atención, disponibilidad del móvil y otros datos que le sean solicitados desde este centro.*
 7. *El Centro Regulador:*
 - *Registra antecedentes completos y cierra el proceso.*

- **Norma General Técnica No. 17 sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de 2 de marzo de 2005. Resolución Exenta 338 de 2005.**

Ambulancia M 1 o básica:

Móvil destinado al transporte de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación. El equipamiento de esta ambulancia, por lo tanto, no necesita ser complejo y el requerimiento está dado por lo necesario para asegurar la posición del paciente y algún elemento de ayuda básica. Dentro de éstos se contemplan elementos de inmovilización y extricación y de manejo no invasivo de la vía aérea.

Su tripulación considera dos personas; un conductor y un técnico paramédico, ambos debidamente capacitados en atención prehospitalaria.

Ambulancia avanzada (M2 o M3):

Ambulancia destinada al transporte de pacientes con compromiso vital, que pueden o no estar inestables. El equipamiento de este móvil incluye, además de los especificados en la ambulancia básica, elementos necesarios para apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y / o desfibrilación.

Su tripulación considera a tres personas que pueden estar conformadas de alguna de las siguientes maneras:

1. *Un conductor, un técnico paramédico y un profesional reanimador.*
2. *Un conductor, y dos profesionales reanimadores*
3. *Un conductor, un técnico paramédico y un médico*

Todos capacitados en atención prehospitalaria.

IV. Equipamiento

Las ambulancias deben identificarse con logos y colores institucionales.

Equipamiento móvil básico (M 1)

Elementos de inmovilización y extricación:

- *Férulas extremidades*
- *Inmovilizador lateral de cabeza*
- *Collares cervicales diferentes tamaños*
- *Tabla espinal larga, con sus correspondientes correas de fijación*
- *Tabla espinal corta, con sus correspondientes correas de fijación, o chaleco de extricación.*

Elementos para manejo básico de la vía aérea:

- *Motor de aspiración*
- *Bolsa de reanimación adulto con mascarilla*
- *Bolsa de reanimación pediátrica con mascarilla*
- *Sondas de aspiración de diferentes lúmenes*
- *Cánulas de Mayo de distintos tamaños*
- *Balón de oxígeno portátil con manómetro y flujómetro*

Monitores y equipos:

- *Glucómetro*
- *Desfibrilador semiautomático (opcional)*

Varios:

- *Equipo básico para atención del parto*
- *Equipo para el manejo de lesiones y heridas.*
- *Esfigmomanómetro*
- *Fonendoscopio*

Elementos de protección para el personal:

- *Mascarillas*
- *Linterna*
- *Guantes de procedimientos*
- *Anteojos de seguridad*

Equipamiento Móvil Avanzado (M 2 y M 3)

Elementos de inmovilización y extricación:

- *Férulas extremidades*
- *Inmovilizador lateral de cabeza*
- *Collares cervicales diferentes tamaños*
- *Tabla espinal larga, con sus correspondientes correas de fijación*
- *Tabla espinal corta, con sus correspondientes correas de fijación, o chaleco de extricación.*

Elementos para manejo invasivo de la vía aérea:

- *Motor de aspiración*
- *Bolsa de reanimación adulto con mascarilla*
- *Bolsa de reanimación pediátrica con mascarilla*
- *Sondas de aspiración de diferentes lúmenes*
- *Cánulas de Mayo de distintos tamaños*
- *Balón de oxígeno portátil con manómetro y flujómetro*
- *Tubos endotraqueales de diferentes tamaños*
- *Laringoscopio con hojas de diversos tamaños*
- *Sondas de aspiración rígidas y controladas*
- *Equipo de cricotiroidostomía*

Elementos para proveer accesos vasculares:

- *Intravénulas de diferentes tamaños*
- *Equipos de fleboclisis*
- *Jeringas de diferentes tamaños*
- *Agujas*
- *Tela adhesiva*
- *Trócar de osteoclisis*
- *Tijeras*

Medicamentos y soluciones:

- *Matraces de diversos tamaños y soluciones*
- *Drogas para enfrentamiento inicial de la emergencia vital*

Monitores y equipos:

- *Monitor cardio desfibrilador portátil.*
- *ECG de 12 derivaciones.*
- *Glucómetro*
- *Monitor de presión no invasiva*

- Saturómetro
- Fonendoscopio
- Esfigmomanómetro
- Disponer de acceso a Ventilador mecánico de transporte.
- Disponer de acceso a Incubadora de transporte.

Varios:

- Equipo para atención del parto
- Equipo básico para el manejo de lesiones y heridas.
- Electrodo adulto y pediátricos
- Termómetro

Elementos de protección para el personal:

- Mascarillas
- Linterna
- Guantes de procedimientos
- Anteojos de seguridad
- Recipiente para desechos contaminados
- Caja de desechos cortopunzantes

• **Decreto No. 218/97 del 25 de junio de 1997, Aprueba el Reglamento de Servicios Privados de Traslado de Enfermos**

<http://www.seremisalud2.cl/218%20de%201997.pdf>

Artículo 1. *El presente reglamento se aplicará a los establecimientos privados de asistencia médica que presten servicios de traslado de enfermos a centros hospitalarios o médicos para su atención, u otro lugar, tanto en situaciones de emergencia médica como en las que no la constituyan. Dichos establecimientos podrán pertenecer a centros asistenciales u hospitalarios o conformar un servicio independiente que brinde esta sola prestación.*

Artículo 3. *Los establecimientos de traslado de enfermos podrán prestar servicio de transporte sanitario simple o avanzado, o de ambas clases. Para conocimiento de sus usuarios, deberán señalar en forma clara en sus avisos publicitarios, en su establecimiento y en las ambulancias con que lo llevan a cabo, el tipo de servicio que ofrecen. Asimismo, deberán indicar con toda claridad al solicitante en cada oportunidad, y previo a su envío, el tipo de servicio que se le proporcionará.*

Párrafo II. De la autorización de funcionamiento

Artículo 4. *Corresponderá al Servicio de Salud en cuyo territorio se encuentren ubicados los establecimientos regidos por este reglamento, autorizar la instalación, funcionamiento, ampliación, modificación o traslado de éstos, como asimismo, fiscalizar su funcionamiento.*

Artículo 5. *Para la obtención de la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento, el propietario o representante legal, en caso de tratarse de una persona jurídica, deberá elevar una solicitud al Servicio de Salud competente señalando el tipo de servicio que desea prestar, acompañada de los siguientes antecedentes:*

- Nombre, dirección y teléfono del establecimiento,*
- Individualización, Rut y domicilio del propietario y, respecto de las personas jurídicas, esos mismos datos de su representante legal y documentos que acrediten la personalidad jurídica y personería de éste.*
- Documentos que acrediten el dominio del inmueble o del derecho a usarlo por el peticionario.*
- Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título y horario de trabajo.*

- e) *Especificación de los elementos y material con que cumplirá su servicio; ambulancias con su respectivo equipamiento; equipos de comunicaciones, etc. En caso de tratarse de un servicio con clientes afiliados, el material y equipos con que cuente deberá ser suficiente para cubrir la demanda potencial contratada.*
- f) *Planta de personal de médicos y enfermeras con que funcionará con sus horarios de trabajo y sistema de turnos.*
- g) *Libro foliado, que será timbrado por el Servicio de Salud, de sugerencias y reclamos de los usuarios.*

Artículo 6. *La modificación de cualquiera de los elementos, circunstancias o antecedentes proporcionados al Servicio de Salud para la obtención de la autorización de funcionamiento, señalados en las letras a), b), c), d) o e) del artículo 5º de este reglamento, deberá ser comunicada y autorizada previamente por éste; las modificaciones respecto de la letra f), deberán ser comunicadas en forma previa a su ocurrencia a dicha autoridad sanitaria.*

Artículo 7. *Verificado el cumplimiento de los requisitos establecidos en este reglamento, el Servicio de Salud competente otorgará la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento, la que tendrá una vigencia de tres años, renovable en forma automática por períodos iguales mientras no sea dejada sin efecto. El rechazo de la solicitud deberá efectuarse mediante resolución fundada.*

Artículo 8. *El propietario de un servicio de transporte de pacientes, deberá comunicar al Servicio de Salud respectivo, en forma previa a su ocurrencia, el cierre temporal o definitivo de su establecimiento, así como a sus afiliados, en su caso.*

Artículo 9. *Los medicamentos que disponga el servicio para el ejercicio de su actividad, serán mantenidos en un botiquín, el cual deberá cumplir con la normativa que regula a dichos establecimientos y tener la correspondiente autorización del Servicio de Salud competente.*

Párrafo III. De su funcionamiento

Artículo 10. *La dirección técnica de los establecimientos de traslado de enfermos deberá ser ejercida por un médico-cirujano, el que será responsable ante la autoridad sanitaria del correcto funcionamiento del establecimiento y del cumplimiento de la normativa sanitaria que le sea aplicable.*

Artículo 11. *Corresponderá, además, al director técnico:*

- a) *Velar porque el personal reúna los requisitos pertinentes de formación y capacitación necesarios para su desempeño.*
- b) *Elaborar y mantener actualizadas normas de procedimientos técnicos y de organización del servicio y preocuparse de la difusión de ellas y su conocimiento por todo el personal.*
- c) *Planificar, organizar y supervisar las actividades de atención prehospitalaria, en los establecimientos que proporcionen este servicio.*
- d) *Estimular y promover la capacitación del personal en el área de atención prehospitalaria, en el caso de la letra anterior.*
- e) *Cuidar que se entregue el servicio ofrecido al paciente en las mejores condiciones técnicas y de rapidez.*
- f) *Preocuparse de contar con los medios necesarios para otorgar servicio a los clientes abonados, en relación con su número, en caso de que proporcione este tipo de prestación.*

Artículo 12. *Los establecimientos de transporte de pacientes, deberán llevar registros manuales o computacionales de los servicios que presten en los que conste, a lo menos, la identificación del paciente, lugares de inicio y destino del transporte efectuado y condición del paciente. Igualmente, deberán llenar la correspondiente ficha clínica en caso de que presten atención al paciente.*

Artículo 13. *La atención médica domiciliaria no se encuentra regida por el presente reglamento, sin embargo, en caso de que el establecimiento proporcione este servicio adicionalmente, es de su responsabilidad verificar que él sea efectuado por médicos-cirujanos autorizados para el ejercicio de su profesión en el país, de acuerdo a las normas que la rigen.*

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Decreto con fuerza de Ley No. 1. Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley No 2.763/79 y de las Leyes Nos. 18.933 de Institución de Salud Previsional (ISAPRE) y 18.469, que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud. Publicado el 24 de abril de 2006.**

http://www.cenabast.cl/transparenciaactiva/sitio/normativa_a7c.html

Artículo 141. *Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental.*

Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en el presente Libro y en el Libro I de esta Ley. Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.

Artículo 141 bis. *Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se registrarán por las normas contenidas en la ley N° 18.092.*

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo.

En los casos de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso final del artículo anterior.

Artículo 142. *No obstante lo dispuesto en el artículo 141, los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de “libre elección” que se establece en el artículo siguiente, caso en el cual gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.*

- **Decreto No. 136 de 2005, Aprueba el reglamento que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las Garantías Explícitas en Salud de que trata la ley N°19.966. Publicado el 2 de septiembre de 2005.**

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070130/asocfile/ds_hacienda_minsal_36_2005_1.pdf

Artículo 1. Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud de que trata la ley No. 19.966, que superen el deducible a que se refiere el párrafo tercero del presente reglamento.

De la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave para la aplicación de la cobertura financiera adicional

Artículo 16. Para los efectos del presente reglamento se aplicarán los conceptos de Atención Médica de Emergencia o Urgencia; Emergencia o Urgencia; Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia, y Paciente Estabilizado, en los términos en que se definen en el artículo 3° del Decreto Supremo N°369 del año 1985, del Ministerio de Salud.

Artículo 17. Sin perjuicio de lo que pueda resolver la Superintendencia de Salud en caso de discrepancia sobre la calificación de urgencia o emergencia, corresponderá al médico tratante en el establecimiento respectivo determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento que no forma parte de la Red de Prestadores correspondiente, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.
- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red de Prestadores respectiva, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red de Prestadores que le corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo efectivo de los copagos devengados para el cálculo del deducible, sin perjuicio de la acumulación para esos efectos, de que habla el inciso final del artículo 14 del presente reglamento.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) precedentes, el paciente decide ingresar a la Red de Prestadores respectiva, se iniciará o reiniciará el cómputo efectivo de los copagos devengados para el cálculo del deducible.

Artículo 18. Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación prevista en el inciso final del artículo 14 de este Reglamento, deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas.

Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 19. En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación prevista en el inciso final del artículo 14 de este Reglamento, el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, según corresponda, podrán requerir que resuelva la Superintendencia, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.

Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico, registrado en la Superintendencia de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud.

La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante respecto de las situaciones previstas en el inciso final del artículo 14 de este Reglamento, la Intendencia sancionará al requirente.

- **Decreto No. 369 de 1985, reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, publicado en el Diario Oficial el 02 de enero de 1986.**

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070130/asocfile/ds_minsal_369_de_1985.pdf

Artículo 47. *Los profesionales o entidades asistenciales podrán inscribirse libremente en cualesquiera de los tres grupos del Rol que lleve el Fondo Nacional de Salud. Estos grupos se designarán como Grupo 1 o Básico, Grupo 2 y Grupo 3. El Arancel de Prestaciones del Régimen, determinará el valor de las prestaciones que corresponda a pagar a cada uno de los grupos señalados. En todo caso la parte bonificada por el Fondo no podrá ser superior al 60% del valor arancelario que corresponde al Grupo 1 o Básico, excepto para las siguientes prestaciones:*

- Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones médicas de emergencia o urgencia, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional o a su domicilio;*

Sin perjuicio de lo anterior, una vez estabilizado, el paciente, o quien asuma su representación, podrá optar por continuar recibiendo atención, en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia, en la Modalidad de Libre Elección.

El arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469 señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones;

- **Ley No. 19.966 del Régimen General de Garantías en Salud (AUGE), publicada en el Diario Oficial de 3 de septiembre de 2004**

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070130/asocfile/ley_19966.pdf

Artículo 9. *El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.*

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergradable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.*

- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico registrado en la Superintendencia, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10. Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

• **Ley No. 19.650, del 24 de diciembre de 1999. Perfecciona normas del Área de Salud.**

<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=149846&buscar=19650>

Artículo 2. Modifícase la ley No. 18.469 de la siguiente manera:

1. Sustitúyanse los incisos segundo y tercero del artículo 11 por los siguientes:

“Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios. Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autoridades de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en el artículo 10, a menos que las acciones que establece dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud.

Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que

hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el decreto ley No. 2.763, de 1979. Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.”

...

2. Sustitúyese el artículo 13 por el siguiente:

“Artículo 13. Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de “libre elección”, deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 28, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

- a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 28 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;

...

5. Modifícase el artículo 31 de la siguiente manera:

- a) Agrégase, al final del inciso primero, la siguiente oración: “Para el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.”.

- **CIRCULAR No. 56 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Subsecretaría de Previsión Social; Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional del 24 de diciembre de 1999. Imparte Instrucciones para la aplicación de los Dispuesto en la Ley No. 19.650 que Perfecciona Normas del Área de Salud.**

http://www.supersalud.cl/normativa/571/articles-898_recurso_1.pdf

1. Antecedentes

- 1.1. *En virtud de lo dispuesto en el artículo 22, incisos 4 y 5, de la Ley No. 18.933, las ISAPRES deberán pagar directamente a los Servicios de Salud y a los establecimientos asistenciales del sector privado, el valor de las prestaciones derivadas de las atenciones de emergencia que éstos hayan otorgado a sus beneficiarios.*

Las atenciones de emergencia deberán ser debidamente certificadas por un médico cirujano del respectivo establecimiento y comprenderán todas las atenciones de ese carácter recibidas por el paciente, hasta que se encuentre estabilizado, de modo que esté en condiciones de ser derivado.

- 1.2. *Para la aplicación de lo dispuesto en la referida norma legal y en las presentes instrucciones, se instruye que el sentido y alcance que se le deberá dar a los siguientes términos legales, es el que en cada caso se indica:*

Atención Médica de Emergencia o Urgencia: Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia.

Emergencia o Urgencia: Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable o toda condición de salud o cuadro clínico que implique secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia del establecimiento asistencial público o privado en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por aquél.

Certificación de estado de emergencia o urgencia: Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia y su diagnóstico probable. Dicha constancia deberá dejarse en un documento y/o "Ficha Clínica" y/o "Dato de Atención de Urgencia", que, además, contendrá, los siguientes datos, a lo menos: nombre completo del paciente, su R.U.T., ISAPRE en la cual se encuentra adscrito, motivo de consulta, diagnóstico probable, fecha y hora de la atención.

Paciente estabilizado: Es el paciente que, habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aún cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización del paciente deberá certificarse en la misma forma y documentos que la certificación de estado de emergencia o urgencia, dejando constancia de la fecha y hora de la misma.

2. Pago de las atenciones de emergencia

- 2.1. *La isapre deberá solucionar o convenir la forma de solucionar las prestaciones cobradas dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha en que haya sido formalmente compelida por el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado que corresponda.*

Se entenderá que la isapre ha sido formalmente requerida para el pago, cuando se le haya entregado o remitido los siguientes antecedentes: la certificación de estado de emergencia o urgencia y de estabilización del paciente; la boleta, factura u otro documento equivalente, que Se entenderá que la isapre ha sido formalmente requerida para el pago, cuando se le haya entregado o remitido los siguientes antecedentes: la certificación de estado de emergencia o urgencia y de estabilización del paciente; la boleta, factura u otro documento equivalente, que consigne el valor total cobrado hasta la estabilización y una liquidación detallada, codificada según el arancel del FONASA y valorizada, de todas y cada una de las prestaciones que se cobran.

La Circular IF No. 33, de 5 de enero de 2007, eliminó del texto la expresión "o bien, en el caso que se trate de prestaciones excluidas de cobertura conforme a la ley y sus contratos.", con la que finalizaba el párrafo 2.3 (párrafo que fue eliminado completamente por Circular IF N° 83, 2008)

La Circular IF No. 83, de 1 de octubre de 2008, eliminó el punto 4 del Título “Pago de las atenciones de emergencia y el derecho de las aseguradoras a repetir”, del Capítulo IV “De las urgencias”, del Compendio de Beneficios, que corresponde al párrafo 2.3 de la Circular No. 56, atendido que la Contraloría General de la República rechazó una solicitud de reconsideración de un pronunciamiento anterior que estimó ilegal la facultad de las ISAPRES de oponerse al pago de las prestaciones derivadas de una urgencia o emergencia a las que se refiere la Ley N° 19.650.

La isapre podrá requerir, si lo estima necesario para el cumplimiento de la obligación establecida en el párrafo primero de este punto, los informes de los exámenes y procedimientos realizados al paciente.

- 2.2. *La isapre y el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado, podrán convenir plazos y formalidades distintas para los efectos instruidos precedentemente.*

3. *Repetición en contra del afiliado*

- 3.1. *Sólo una vez que la isapre cuente con una factura cancelada, u otro documento que acredite que ha extinguido su obligación con el Servicio de Salud o establecimiento asistencial privado que corresponda, podrá ejercer su derecho a repetir en contra del afiliado.*

Para estos efectos, deberá remitir al afiliado, al último domicilio registrado en su contrato o informado con posterioridad a la isapre y a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, una carta certificada de cobro en la que se precisará el monto de la deuda contraída con la institución, la que será equivalente a la parte del valor de las prestaciones de emergencia pagadas por la isapre, que, de acuerdo al plan vigente a la época de otorgamiento de las mismas, sea de cargo del afiliado.

- 3.2. *Con el objeto de acreditar la efectividad de la deuda y su monto, deberán acompañarse a la carta los siguientes antecedentes:*

- *Un documento emitido por la institución, que contendrá una liquidación del valor pagado al establecimiento asistencial por concepto de las prestaciones de emergencia recibidas por el beneficiario, la parte de dicho valor que corresponde a la bonificación otorgada por la isapre de acuerdo al plan de salud y el saldo que, de conformidad a este último, le corresponde pagar al afiliado como copago por esas mismas prestaciones, y*
- *Copia de las boletas, facturas u otros documentos emitidos por el respectivo establecimiento asistencial, donde consten las prestaciones otorgadas y el valor pagado por las mismas.*

- 3.3. *En la referida carta de cobro la isapre deberá proponer al cotizante alternativas para el pago del crédito, entre las cuales podrá contemplar el pago al contado y la posibilidad de extinguir el total o parte de la deuda con los saldos que el cotizante registre en su cuenta de excedentes, a menos que dicha alternativa se hubiese pactado en el contrato de salud.*

En todo caso, la Institución deberá informar la alternativa consistente en el otorgamiento del préstamo a que se refiere el inciso 8 del artículo 22 de la Ley No. 18.933.

Sin perjuicio de lo anterior, en dicha carta la isapre deberá comunicar la circunstancia de haber operado, de pleno derecho, la compensación entre el total o parte de la deuda del afiliado y los excesos o excedentes de cotización de que éste disponía, cuando fuere procedente.

- 3.4. *En la misma carta de cobro deberá informársele que dispone de un plazo de treinta días hábiles, que se contará desde la expedición de la mencionada carta, para objetar por escrito la liquidación, pagar lo adeudado o convenir con la isapre alguna de las modalidades de pago propuestas y que si nada dice dentro de dicho término, se entenderá que se acoge al crédito previsto en los incisos 8 y 9 del artículo 22 de la Ley No. 18.933. Para estos efectos deberá consignarse la cuota mensual que el afiliado deberá pagar, en caso de acogerse a esta última modalidad de pago y el plazo que durará la aplicación del mecanismo legal. Dicho plazo no podrá ser superior a cinco años contado desde la activación del préstamo.*

Finalmente, en la carta de cobro deberá advertírsele al afiliado que, sin perjuicio de lo informado, si una vez transcurrido el término máximo para la aplicación del mecanismo previsto en el inciso 9

del artículo 22 de la Ley No. 18.933, la deuda no hubiere sido solucionada íntegramente, la isapre estará facultada para liquidar el saldo insoluto y proponerle nuevas condiciones para el pago.

- 3.5. *Las objeciones que el afiliado formule a la liquidación contenida en la carta de cobro, en conformidad a lo instruido en el párrafo primero del número anterior, serán conocidas y resueltas por la isapre a través del procedimiento previsto en la Circular No. 54, de 1999, que IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE TRAMITACIÓN DE RECLAMOS ANTE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.*

En la respuesta que se emita a la objeción, deberá concedérsele al afiliado un plazo no inferior a cinco días hábiles, contado desde la fecha de su depósito en la oficina de correos respectiva, para que pague lo adeudado o convenga con la isapre alguna de las modalidades de pago propuestas e informársele que si nada dice dentro de dicho término, se entenderá que se acoge al crédito legal previsto en el inciso 8 del artículo 22 de la Ley No. 18.933. Lo anterior, sin perjuicio del derecho que asiste al afiliado de recurrir a esta Superintendencia, dentro del mismo plazo indicado precedentemente.

4. *Activación del crédito legal*

- 4.1. *Si vencido el plazo de treinta días hábiles concedido al afiliado, no se hubiese objetado la liquidación, pagado la deuda ni convenido con la isapre alguna otra modalidad para efectuar dicho pago, se activará el crédito legal a que se refiere el inciso 8 del artículo 22 de la Ley No. 18.933.*

- 4.2. *Para implementar el pago de dicho préstamo, la institución deberá notificar al afiliado o a éste y su empleador o entidad pagadora de la pensión, según correspondiere, la cuota mensual que deberá enterarse en la institución, mediante una comunicación cuyo contenido y formato deberá ajustarse a lo instruido en el Anexo N°1 de esta Circular y a la que se acompañará una copia del Título I de la presente Instrucción.*

La referida comunicación deberá remitirse al afiliado por correo certificado. Tratándose de trabajadores dependientes o pensionados, deberá ponerse en conocimiento del empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, de acuerdo al procedimiento previsto en los párrafos 6 y 7 del punto 1.2. de la Circular No. 36, de 1997, cuyo texto modificado consta en la Resolución Exenta No. 2.500, del 18 de noviembre de 1997.

- 4.3. *Sin perjuicio de haberse activado el crédito, en cualquier momento la isapre y el cotizante podrán acordar formas y plazos distintos para el pago, lo que deberá comunicarse oportunamente al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda.*

5. *Servicio del crédito legal*

- 5.1. *El valor de las cuotas que deberá pagar mensualmente el cotizante, ya sea directamente o a través de su empleador o entidad pagadora de la pensión, corresponderá al 5% de la remuneración o de la renta imponible, tratándose de trabajadores dependientes o independientes, respectivamente, o de la pensión, en el caso de los pensionados. Por su parte, el valor de dicha cuota para los cotizantes voluntarios será una suma equivalente al precio del plan contratado.*

Si en un mes determinado el afiliado permanece diez o más días en situación de incapacidad laboral, la cuota será equivalente al mayor valor entre el 5% de la remuneración imponible, correspondiente a los días efectivamente trabajados y el promedio de las tres últimas cuotas anteriores al mes de que se trate.

Para dicho efecto, el empleador deberá descontar y pagar el 5% de la remuneración de los días efectivamente trabajados en el mes respectivo. Recibido el pago, la isapre determinará si hubiere diferencias entre dicho porcentaje y el promedio antes referido, las que deberán ser pagadas directamente por el cotizante, no pudiendo, en caso alguno, descontarse del monto que debe pagar la institución por concepto de subsidios por incapacidad laboral.

Tratándose de trabajadores dependientes que dentro de un mes determinado, permanezcan menos de diez días en situación de incapacidad laboral, el valor de la cuota será el 5% de la remuneración correspondiente a los días efectivamente trabajados y se pagará por el respectivo empleador.

El mismo procedimiento de cálculo indicado en los párrafos precedentes, se aplicará cuando, por cualquier motivo, los afiliados no hubiesen trabajado durante los períodos señalados.

- 5.2. *En caso de cesantía del cotizante, el valor de la cuota se determinará promediando las tres últimas cuotas anteriores al inicio del período de cesantía.*
- 5.3. *Para el cálculo de reajustes e intereses entre el período que media entre la generación de la deuda, esto es, una vez que la isapre ha extinguido su obligación con el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado que corresponda, y el inicio del pago de las cuotas correspondientes, el total de la deuda deberá reajustarse, conforme al Índice de Precios al Consumidor, IPC, y generará el interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere el artículo 6 de la Ley No. 18.010. Para estos efectos, los reajustes e intereses se calcularán considerando el período comprendido entre el día siguiente a aquél en que se genera la deuda y el último día del mes anterior a aquél en que se devenga la primera cuota.*
- 5.4. *Para el cálculo de los reajustes e intereses mensuales durante el servicio de la deuda, la isapre considerará la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, I.P.C., y el interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere el ya citado artículo 6 de la Ley N° 18.010. Para efectuar los respectivos cálculos, se deberá considerar que la cuota correspondiente a un mes en particular, se descuenta de la remuneración del mismo mes y se paga a la isapre el día 10 del mes siguiente.*

Una vez que la isapre reciba el pago de la cuota correspondiente al mes anterior, determinará el reajuste de la deuda considerando el IPC de dicho mes.

Por su parte, el interés de la deuda se calculará considerando la tasa mensual de interés corriente para operaciones reajustables, vigente el primer día del mes al que corresponda la cuota.

Tanto los reajustes, como los intereses, se aplicarán sobre el saldo insoluto de la deuda al primer día del mes al que corresponda la cuota. Por ejemplo, la cuota del mes de julio se descontará de la remuneración del mismo mes y se pagará hasta el día 10 de agosto. Para determinar el reajuste, se considerará la variación del IPC de julio, mientras que para el cálculo de los intereses se utilizará la tasa de interés corriente para operaciones reajustables vigente al día 1 de julio. Por su parte, ambos conceptos se aplicarán sobre el saldo insoluto de la deuda al día 1 de julio.

Una vez realizados los cálculos indicados en los párrafos inmediatamente precedentes, los resultados correspondientes deberán ser imputados al valor de la cuota pagada en el respectivo mes. Para tales efectos, de la suma percibida en un mes por concepto de cuota, en primer lugar deberá imputarse el monto de reajuste, luego los intereses y, finalmente, el saldo restante se contabilizará como amortización del préstamo.

Las partes podrán estipular que si el monto de la cuota no alcanzare a cubrir la totalidad de los reajustes y/o de los intereses, la diferencia no cubierta se capitalizará, acumulándose al total de la deuda.

- 5.5. *Para información del afiliado, la isapre deberá poner en su conocimiento, a través de una carta certificada, con a lo menos 60 días de anticipación al cumplimiento de la anualidad, una liquidación acumulada hasta esa fecha, con un detalle mensual del servicio de la deuda. Para tales efectos, deberá incluir en la citada comunicación un cuadro que se ajuste al formato que se instruye en el Anexo No. 2 de esta circular.*

La mencionada liquidación podrá ser comunicada conjuntamente con la carta de adecuación a que se refiere el inciso tercero del artículo 38 de la Ley No. 18.933 y/o con la liquidación anual de la cuenta corriente de excedentes de cotización, que se instruye en la Circular No. 24, del 29 de mayo de 1995.

En todo caso, la isapre deberá estar en condiciones de informar, en cualquier momento, acerca del estado de la deuda, cuando ello sea requerido por el cotizante.

- 5.6. *Si mientras dura el servicio de la deuda, el afiliado contrae una nueva obligación con la isapre por el mismo concepto, se generará un nuevo préstamo que se acumulará al anterior, dará lugar a cuotas*

independientes y respecto del cual se aplicará el mismo procedimiento descrito precedentemente, sin perjuicio de lo que convengan las partes.

- 5.7. *El pago de las cuotas mensuales determinadas en la forma establecida en los puntos precedentes, se efectuará a la isapre por el afiliado independiente o voluntario o por el empleador o entidad pagadora de la pensión, según el caso, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengó la cuota respectiva, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.*

Para este efecto, el empleador o entidad pagadora de la pensión, en el caso de los trabajadores dependientes y pensionados, deducirá la cuota de la remuneración o pensión del trabajador o pensionado; los afiliados independientes y voluntarios pagarán directamente a la institución la correspondiente cuota.

Las cuotas que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el afiliado independiente o el voluntario, se reajustarán y devengarán un interés penal, de conformidad a las reglas establecidas en el artículo 31 de la Ley No. 18.933 y en la Circular No. 34, del 26 de febrero de 1997, de esta Superintendencia.

Para los efectos del cobro de las cuotas vencidas y no pagadas, los representantes legales de las ISAPRES tendrán las facultades establecidas en el artículo 2 de la Ley No. 17.322, con excepción de la que se señala en el número tres de esa disposición.

Será aplicable, a los deudores que fueren empleadores y entidades pagadoras de pensiones, para el cobro de las cuotas vencidas y no pagadas del préstamo que se regula en esta Circular, con sus reajustes e intereses, lo dispuesto en los artículos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14 y 18 de la Ley No. 17.322.

Del mismo modo, y para el sólo efecto de dicho cobro, se aplicará a los deudores que fueren afiliados independientes o voluntarios, lo establecido en los artículos 4 al 9 de ese cuerpo legal.

- 5.8. *Si el cotizante percibe remuneraciones provenientes de dos o más empleadores o además declara renta como trabajador independiente o recibe una pensión afecta al D.L. No. 3.500, todas las remuneraciones, rentas o pensiones deberán sumarse para los efectos de determinar el valor total imponible sobre el cual debe aplicarse la correspondiente cuota del 5%.*

Si la suma de las remuneraciones, rentas o pensiones es superior al límite máximo imponible, deberá descontarse la cuota del préstamo de las remuneraciones, rentas o pensiones mayores, excluyendo o limitando a las restantes, según corresponda.

Si, en cambio, el cotizante es a la vez, trabajador dependiente o independiente y pensionado del antiguo sistema previsional -INP- se deberá considerar la pensión proveniente de este último organismo en forma separada de los demás ingresos para efectos de determinar el monto máximo de imponibilidad y, en consecuencia, deberá aplicarse la cuota del 5% sobre el monto de esa pensión y, además, calcularse el 5% del resto de las remuneraciones o rentas del cotizante, con el respectivo tope de imponibilidad.

- 5.9. *En el evento que el afiliado modifique su situación laboral o previsional, circunstancia que deberá comunicar a la isapre, la institución deberá notificar directamente a quien ha adquirido la calidad de independiente o voluntario, al cesante, al nuevo empleador o a la entidad que se incorpora como pagadora de la pensión, según corresponda, el monto que mensualmente deberá enterarse en la isapre por concepto del préstamo otorgado.*

Del mismo modo instruido precedentemente podrá proceder la isapre, en el evento que, sin mediar comunicación del afiliado, tome conocimiento de dicha modificación laboral o previsional.

- 5.10. *Si mientras dura el servicio de la deuda, se pusiere término al contrato de salud, cualquiera sea la causa, se mantendrá inalterable la obligación contraída por el ex afiliado con la institución respecto del préstamo otorgado, hasta la total extinción de la misma.*

En consecuencia y no obstante la terminación del vínculo contractual con el afiliado, la isapre acreedora continuará cobrando las cuotas mensuales de dicho préstamo, ya sea directamente al ex cotizante o a su empleador o entidad pagadora de la pensión, según correspondiere.

Asimismo, la isapre deberá enviar al deudor, una vez al año, la información referida en el No. 5.5. precedente.

Para los efectos de lo dispuesto en este numeral, el deudor deberá comunicar a la isapre, mientras está vigente el préstamo, las modificaciones que experimente su situación laboral o previsional y su domicilio, con el objeto de notificar el pago de la cuota a quien correspondiere.

Con todo, en este caso y en el descrito en el punto precedente, las partes podrán liquidar el crédito y convenir nuevas condiciones para el pago, sujetándose en tal evento a lo previsto en el punto No. 6.2., de las presentes instrucciones.

- 5.11. *Si a la fecha del fallecimiento del afiliado se registrare un saldo de deuda por concepto del préstamo otorgado por la isapre, éste gravará la masa hereditaria, pudiendo pactarse entre la isapre y los herederos, la forma y los plazos en que se pagará el referido saldo.*

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre y el afiliado podrán acordar que éste contrate un seguro de desgravamen cuyo beneficiario único y directo sea la institución.

6. *Del crédito, sus garantías y de las nuevas condiciones para el pago*

- 6.1. *Para asegurar el cumplimiento de lo adeudado, las partes podrán convenir las garantías que estimen pertinentes, salvo la utilización de cheques.*

Las partes también podrán acordar que el no pago de dos o más cuotas sucesivas del crédito, por una causal imputable al afiliado, hará exigible el total del saldo adeudado. En este caso, la isapre podrá ejercer la facultad prevista en el artículo 2 de la Ley No. 17.322 y ejecutar el cobro de acuerdo al procedimiento contemplado en la misma ley, según lo dispone el inciso 12 del artículo 22 de la Ley No. 18.933.

- 6.2. *Si una vez transcurrido el término máximo para la aplicación del mecanismo previsto en el inciso 9 del artículo 22 de la Ley No. 18.933, la deuda no hubiere sido solucionada íntegramente, la isapre estará facultada para liquidar el saldo insoluto y proponer al afiliado nuevas condiciones para el pago.*

Para este efecto, la institución deberá ofrecer por escrito al deudor un convenio de nuevas condiciones de pago que no podrá contemplar reajustes e intereses superiores a los previstos en el inciso 9 del artículo 22 de la Ley No. 18.933.

A la propuesta de convenio de pago deberá adjuntarse una liquidación de la deuda indicándose los abonos y cargos efectuados durante el período que haya durado su servicio.

En la misma comunicación se le deberá informar al deudor que dispone de un plazo de treinta días hábiles, contado desde la remisión de la carta, para pagar el saldo adeudado, convenir una modalidad de pago distinta a la ofrecida por la isapre o aceptar la propuesta de convenio de pago de la Institución y que si transcurrido dicho término sin que adopte alguna de las alternativas mencionadas, la isapre quedará facultada para hacer exigible el total del saldo adeudado.

En este último caso, la isapre podrá ejercer la facultad prevista en el artículo 2 de la Ley No. 17.322 y ejecutar el cobro de acuerdo al procedimiento contemplado en la misma ley, según lo dispone el inciso 12 del artículo 22 de la Ley No. 18.933.

II. De las modificaciones introducidas por el Artículo 4 de la Ley No. 19.650 sobre la eliminación de la cotización adicional del Artículo 8 de la Ley No. 18.566.

III. De la vigencia de la Ley No. 19.650

1. *Vigencia de la Ley No. 19.650*

La Ley No. 19.650 ha entrado en vigencia el 24 de diciembre de 1999, fecha de su publicación en el Diario Oficial.

2. *Ajuste de los contratos a las disposiciones de la Ley No. 19.650*

3. *Vigencia de las disposiciones incorporadas a los Artículos 22 y 33 de la Ley No. 18.933 por el Artículo 3 de la Ley No. 19.650.*

La vigencia de los derechos y obligaciones incorporadas a los contratos por el Artículo 3 de la Ley No. 19.650, se iniciará a partir del primer día del mes subsiguiente a la respectiva anualidad o a la fecha anterior en que se haya efectuado el ajuste por mutuo consentimiento, entendiéndose por tal, la del FUN de ajuste suscrito.

4. *Procedimientos para el ajuste de los contratos a las disposiciones de la Ley No. 19.650.*

5. *Modificación de las condiciones generales*

Sin perjuicio de las obligaciones precedentemente señaladas, las instituciones deberán modificar las condiciones generales del contrato, con el objeto de incorporar los derechos y obligaciones que se contemplan en el Artículo 3 de la Ley No. 19.650 y en el Título I de la presente Circular, de acuerdo con las instrucciones que se impartirán oportunamente por esta Superintendencia.

...

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de Colombia**

<http://pdba.georgetown.edu/constitutions/colombia/col91.html>

Artículo 47. *El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.*

Artículo 48. *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

...

Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

- **Ley No. 100 de 23 de diciembre de 1993, establece que todas las instituciones de servicios de salud están obligadas a atender urgencias independientemente de si la víctima está afiliada o no a una entidad prestadora de servicios de salud.**

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

Artículo 1. *Sistema de Seguridad Social Integral.*

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

- **Ley No. 10 de 10 de enero de 1990, Reorganiza el Sistema Nacional de Salud.**

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo7740Document-No8187>

Artículo 1. *Servicio público de salud. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política, con el fin de: ...*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 100 de 23 de diciembre de 1993, establece que todas las instituciones de servicios de salud están obligadas a atender urgencias independientemente de si la víctima está afiliada o no a una entidad prestadora de servicios de salud.**

Artículo 159. *Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:*

1. *La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas.*
 2. *La atención de urgencias en todo el territorio nacional.*
- ...

Artículo 167. *Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

Parágrafo 1. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

Parágrafo 2. Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Parágrafo 4. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Artículo 168. *Atención Inicial de Urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento.*

Parágrafo. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 169. Planes Complementarios. Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.

Parágrafo. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

- **Resolución No. 261 de 5 de agosto de 1994 por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Artículo 10. Atención de urgencias:

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

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Parágrafo: Toda I.P.S. deberá informar obligatoriamente a la E.P.S. el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias en las doce (12) horas siguientes a la solicitud del servicio, so pena del no pago respectivo. Se exceptúan los casos en los cuales por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron normas.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Resolución Ministerial No. 1995 del 8 de Julio de 1999, del e Ministerio de Salud, publicada el 5 de agosto de 1999, Establecen normas para el manejo clínica en Colombia.**

<http://www.medicosgeneralescolombianos.com/RES1995.DOC>

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

Artículo 3. Características de la historia clínica

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Artículo 4. *Obligatoriedad del registro*

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

...

Artículo 12. *Obligatoriedad del archivo*

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Artículo 13. *Custodia de la historia clínica*

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Parágrafo 1. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

Parágrafo 2. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

Parágrafo 3. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

Artículo 14. *Acceso a la historia clínica*

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El Equipo de Salud.
3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.

Parágrafo. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

Artículo 15. *Retención y tiempo de conservación*

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

Artículo 16. *Seguridad del archivo de historias clínicas*

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

Artículo 17. *Condiciones físicas de conservación de la historia clínica*

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

Artículo 18. *De los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica*

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

• **Resolución No. 13.437 de 6 de marzo de 1991 por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.**

<http://www.encolombia.com/medicina/Guiasobremisionmedica/Anexos4.htm>

Artículo 1. *Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:*

- 1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.*
- 2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.*
- 3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.*
- 4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.*

5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean transplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Artículo 2. Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera:

1. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institucional.
 2. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los Comités de participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.
- Parágrafo. En las entidades de salud que dentro de su área de influencia, presten atención a las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

Artículo 3. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

1. Divulgar los Derechos de los Pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria dicho decálogo.
2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan servicios de salud, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.
3. Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.
4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.

Artículo 4. Los Comités de Ética Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

Parágrafo. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.

- **Ley No. 35.711 del 27 de febrero de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica.**

Capítulo I. Disposiciones generales

Capítulo I. Declaración de principios

Artículo 1. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica:

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político

y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

2. El hombre es una unidad psíquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.
En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.
3. Tanto en la sencilla investigación científica antes señalada como en las que se lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.
4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional.
5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con mirar a preservar la salud de las personas y de la comunidad.
Cuando quiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional.
6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad.
7. El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.
8. Cuando el médico emprenda acciones reivindicatorias en comunidad, por razones salariales y otras, tales acciones
9. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.
10. Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen si por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente Ley comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia.

Capítulo II. Práctica profesional

Capítulo I. De las relaciones del médico con el paciente

Artículo 3. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley.

Artículo 4. La asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará en lo posible este derecho.

Artículo 5. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.

2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.
4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

Artículo 6. *El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión.*

Artículo 7. *Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:*

- a) *Que el caso no corresponda a su especialidad;*
- b) *Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya;*
- c) *Que el enfermo rehusé cumplir las indicaciones prescritas.*

Artículo 8. *El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios.*

Artículo 9. *El médico mantendrá su consultorio con el decoro y la respetabilidad que requiere el ejercicio profesional. En él puede recibir y tratar a todo paciente que lo solicite.*

Artículo 10. *El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.*

Artículo 11. *La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.*

Artículo 12. *El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.*

Parágrafo. Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y si fuere posible, por acuerdo en junta médica.

Artículo 13. *El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.*

Artículo 14. *El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.*

Artículo 15. *El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.*

Artículo 16. *La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.*

Artículo 17. *La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.*

Artículo 18. Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarle a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuye a la solución de sus problemas espirituales o materiales.

Artículo 19. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Monetaria serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante.

Artículo 20. El médico tratante garantizará al enfermo o a sus allegados inmediatos responsables el derecho de elegir al cirujano o especialista de su confianza.

Artículo 21. La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas estará subordinado a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares.

Artículo 22. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico fijará sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica y en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente y previo acuerdo con éste o sus responsables.

Artículo 23. En casos de urgencia, la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios profesionales.

Artículo 24. En las Juntas Médicas los honorarios serán iguales para todos los participantes.

Artículo 25. Cuando quiera que se presenten diferencias entre el médico y el paciente con respecto a los honorarios tales diferencias podrán ser conocidas y resueltas por el Colegio Médico correspondiente.

Artículo 26. El médico no prestará sus servicios profesionales a personas de su familia o que de él dependan en casos de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas de urgencia o cuando en la localidad no existiere otro médico.

Capítulo III. De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas

Artículo 33. Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Artículo 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Artículo 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

Artículo 37. <NOTA DE VIGENCIA: El aparte entre corchetes {..} fue declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, pero sólo en relación con las hipótesis contenidas en el artículo 38 de la misma Ley y con las salvedades que se establecen en los numerales siguientes.> Entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, {salvo en los casos contemplados por disposiciones legales}.

Artículo 38. <NOTA DE VIGENCIA: Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996.> Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) <NOTA DE VIGENCIA: Literal declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996.> Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne o convenga;
- b) <NOTA DE VIGENCIA: Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, salvo en el caso de que el paciente estando en condiciones de tomar por sí mismo la decisión de autorizar el levantamiento del secreto profesional médico a sus familiares, se oponga a ello.> A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;
- c) <NOTA DE VIGENCIA: Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, sin perjuicio del derecho del menor, de acuerdo con su grado de madurez y del “impacto del tratamiento” sobre su autonomía actual y futura, para decidir sobre la práctica de un determinado tratamiento y sobre la reserva de ciertos datos de su intimidad.> A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- d) <NOTA DE VIGENCIA: La frase entre corchetes {...} fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los informes sanitarios o epidemiológicos no se individualice al paciente.> {A las autoridades judiciales o de higiene y salud}, en los casos previstos por la ley;
- e) <NOTA DE VIGENCIA: La frase entre corchetes {...} fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, bajo el entendido de que la situación a la que se alude objetivamente corresponda a un peligro cierto e inminente y siempre que no exista un medio idóneo distinto para conjurarlo.> A los interesados cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Artículo 39. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

Artículo 40. Está prohibido al médico en ejercicio recibir beneficios comerciales de farmacias, laboratorios, ópticas, establecimientos ortopédicos y demás organizaciones o instituciones similares encargadas del suministro de elementos susceptibles de prescripción médica.

Artículo 41. El médico no debe aceptar o conceder participaciones por la remisión del enfermo.

Capítulo IV. De las relaciones del médico con las instituciones

Artículo 42. El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

Artículo 43. El médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atienda en esas instituciones.

Artículo 44. El médico no aprovechará su vinculación con una institución para indicar al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

Artículo 45. El médico funcionario guardará por sus colegas y personal paramédico subalterno, la consideración, aprecio y respeto que se merecen, teniendo en cuenta su categoría profesional, sin menoscabo del cumplimiento de sus deberes como superior.

...

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley No. 10 de 10 de enero de 1990, Reorganiza el Sistema Nacional de Salud.**

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo7740Document-No8187>

Artículo 1. *Servicio público de salud. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política, con el fin de:*

- *Definir la forma de prestación de la asistencia pública en salud, así como las personas que tienen derecho a ella;*
- *Establecer los servicios básicos de salud que el Estado ofrecerá gratuitamente;*
- *Fijar, conforme a lo señalado en la presente Ley, los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de las responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios de salud y, en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial principalmente;*
- *Organizar y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, que aseguren la vigencia de los principios de participación ciudadana y participación comunitaria y, en especial, lo relativo a la composición de las juntas directivas de que trata el artículo 19 de la presente Ley;*
- *Determinar los derechos y deberes de los habitantes del territorio, en relación con el servicio público de salud y, en particular, con las entidades y personas que conforman el sistema de salud, conforme a los principios básicos señalados en el artículo 30;*
- *Adoptar el régimen, conforme al cual se debe llevar un registro especial de las personas que presten servicios de salud, y efectuar su control, inspección y vigilancia;*
- *Expedir el régimen de organización y funciones para la fijación y control de tarifas, el cual preverá el establecimiento de una Junta de Tarifas;*
- *Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento;*
- *Regular los procedimientos para autorizar a las entidades privadas la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles y grados de complejidad;*
- *Adoptar el régimen de presupuesto, contabilidad de costos y control de gestión de las entidades oficiales que presten servicios de salud, así como definir los efectos y consecuencias de tales actividades, conforme a la legislación vigente que le sea aplicable a las entidades;*
- *Dictar normas sobre la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, cualquiera sea su modalidad, especialmente sobre su régimen tarifario y las normas de calidad de los servicios, así como en relación con el otorgamiento del mismo tipo de servicios, por las instituciones de seguridad y previsión social, cuya inspección, vigilancia y control estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.*
- *Expedir las normas técnicas para la construcción, remodelación y ampliación y dotación de infraestructura de salud.*
- *Organizar y establecer el régimen de referencia y contrareferencia de pacientes, de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que en los niveles superiores deben prestar a los inferiores.*

Artículo 2. *Asistencia pública en Salud. La asistencia pública en salud, como función del Estado se presta en los términos del artículo 19 de la Constitución Política, directamente, por las entidades públicas o a través de las personas privadas, conforme a las disposiciones previstas en esta ley. En desarrollo de las facultades de intervención de que trata el artículo 1, serán definidas las formas de prestación de la asistencia pública y los criterios para definir las personas imposibilitadas para trabajar que carezcan de los medios de subsistencia y derecho a ser asistidas por otras personas.*

Para tal efecto, todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a presentar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el ministerio de salud.

...

Artículo 11. *Funciones de la Dirección Seccional del Sistema de Salud. En los Departamentos, Intendencias y Comisarías, corresponde a la Dirección Seccional del Sistema de Salud:*

- Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción;
- Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio Seccional;
- Programar la distribución de los recursos recaudados para el sector salud, teniendo en cuenta la cantidad, calidad y costo de los servicios y la eficiencia y méritos de las entidades que prestan el servicio de salud;
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales;
- Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas nacionales;
- Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley y en las disposiciones que se adopten, en ejercicio de las facultades de que trata el artículo 1 de esta ley;
- Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud;
- Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico-técnicas y técnico-administrativas trazadas por el Ministerio de Salud en su jurisdicción;
- Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente-asistencial, así como en la administración y mantenimiento de las instituciones hospitalarias;
- Autorizar, en forma provisional, la prestación de servicios de salud, en desarrollo de los principios de subsidiariedad o complementariedad, a instituciones que operen en el territorio de su jurisdicción, mientras se obtiene la autorización definitiva por parte del Ministerio de Salud;
- Promover la integración funcional y ejercer las funciones que expresamente le delegue el Ministerio de Salud;
- Administrar el Fondo Seccional de Salud de que trata el artículo 13, en coordinación con la Secretaría de Hacienda o la dependencia que haga sus veces, en atención a la cantidad, calidad y costo de los servicios programados, teniendo en cuenta el régimen tarifario definido en el artículo 48, letra a);
- Il) Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia y contrareferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad, los cuales, serán de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial;
- Concordancias: Decreto 1.760 de 1990, Decreto 1088 de 1991, Decreto 560 de 1991, Decreto 739 de 1991, Resolución 13565 de 1991, Resolución 14.707 de 1991 del ministerio de salud).
- Exigir a las entidades que prestan servicios de salud como condición para toda transferencia, la adopción de sistemas de contabilidad de acuerdo con las normas que expida el Ministerio de Salud;
- Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones;
- Concordancias: (Acuerdo 20 de 1990, Acuerdos 16, 17, 18, 19 de 1991, 13 y 17 de 1997 del Concejo de Santa Fe de Bogotá, Decreto 812 de 1996 del Alcalde Mayor de Santa Fe de Bogotá)

- **Decreto No. 205 de 3 de febrero de 2003, determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones.**

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo11940DocumentNo7941.PDF>

Artículo 1. *Objetivos. El Ministerio de la Protección Social tendrá como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social, establecido en la Ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del Gobierno Nacional.*

Las políticas públicas del Sistema de la Protección Social se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario, de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud, en el marco de las competencias asignadas al Ministerio.

El Sistema de la Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones; instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral y los específicamente asignados al Ministerio.

Artículo 2. *Funciones. El Ministerio de la Protección Social tendrá, además de las funciones que las disposiciones legales vigentes hayan asignado a los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, las siguientes:*

1. *Formular, dirigir y coordinar la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, previsión y Seguridad Social Integral.*
2. *Definir las políticas que permitan aplicar los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia, unidad e integralidad de los Sistemas de Seguridad Social Integral y Protección Social.*
3. *Definir las políticas y estrategias para enfrentar los riesgos promoviendo la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución y resultados del Sistema de Protección Social.*
4. *Definir políticas para coordinar a los organismos del Estado a quienes se les asignen funciones de protección social con las entidades privadas o entes especializados, para evitar duplicidades y optimizar la oferta y demanda de servicios.*
5. *Definir, dentro del marco de sus competencias, las políticas en materia de subsidio familiar que se relacionen con los planes de desarrollo, planes y programas para obras y servicios sociales, necesidades básicas insatisfechas, límites a las inversiones, gastos administrativos y formación de reservas.*
6. *Definir, dirigir, coordinar y estimular, conforme a las disposiciones legales y disponibilidades financieras del Sistema, las políticas y directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales en el campo del cuidado, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida, así como en la prevención de las enfermedades.*
7. *Proponer la reglamentación, de la cesión de activos, pasivos y contratos y demás formas de reorganización institucional, como instrumento de liquidación o gestión de las Cajas de Compensación Familiar o creación de las entidades correspondientes a través de las cuales las mismas realicen su objeto; así como toda clase de negociación de bienes de su propiedad.*
8. *Adelantar los procesos de coordinación con relación a las instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren adscritas o vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por ende frente a las cuales media control de tutela, así como en relación con las demás instituciones prestadoras relacionadas con el sistema.*
9. *Definir políticas tendientes a facilitar la divulgación para el reconocimiento y pleno conocimiento de los derechos de las personas en materia de empleo, trabajo, previsión y seguridad social y protección social, así como la información relativa a los avances en materia de cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.*

10. Definir y regular, en coordinación con las entidades competentes, el Sistema de Información del Sector que comprenda el empleo, el trabajo y la previsión y, los Sistemas de Seguridad Social Integral y de Protección Social, y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización de la misma.
11. Formular, en lo relativo a la Ley 789 de 2002, las políticas de formación del recurso humano, capacitación y aprendizaje para armonizarlas con las necesidades económicas y las tendencias de empleo.
12. Definir y velar por la ejecución de las políticas, planes y programas en las áreas de salud ocupacional, medicina laboral, higiene y seguridad industrial y riesgos profesionales, tendientes a la prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.
13. Definir, desarrollar y coordinar políticas en materia de trabajo, empleo, seguridad y protección social para el sector informal de la economía, el sector no dependiente y el sector rural, y promover la ampliación de la cobertura de la seguridad y la protección social en los mismos.
14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad, y, promover la organización de redes de prestación de servicios de salud.
15. Reglamentar, en el marco de sus competencias, las normas que regulan el empleo, el trabajo, la protección y desarrollo de la familia y la sociedad, la previsión y la Seguridad Social Integral en el Sector Público y Privado y, velar por su cumplimiento.
16. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la correspondiente habilitación.
17. Definir, regular y evaluar el cumplimiento de las normas técnicas y las disposiciones legales relativas al control de los factores de riesgo medioambientales en especial los derivados del consumo y del trabajo.
18. Ejercer las funciones de inspección y dictamen sobre el ejercicio de profesiones y la formación de todo tipo de recurso humano para el sector que adelantan las instituciones públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que forman parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con lo establecido en el presente decreto y en la Ley 10 de 1990.
19. Dirigir y evaluar las políticas y directrices encaminadas a articular la gestión de las entidades descentralizadas del sector para garantizar la socialización de los riesgos económicos y sociales que afectan a la población, en especial la más vulnerable.
20. Coordinar y supervisar los planes y programas que desarrollan sus entidades adscritas o vinculadas en el campo del empleo, trabajo, previsión y, en los Sistemas de Seguridad Social Integral y de Protección Social.
21. Coordinar la programación, supervisión y evaluación de programas focalizados de la política social, sin perjuicio de la responsabilidad de las juntas o consejos directivos de las entidades ejecutoras.
22. Velar por la viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los Sistemas de Protección Social y Seguridad Social Integral y los demás sistemas asignados al Ministerio de la Protección Social y, gestionar los recursos disponibles para mejorar y hacer más eficiente su asignación.
23. Promover de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo, consolidación, vigilancia y control de los Sistemas de Protección Social y Seguridad Social Integral y, protección y desarrollo de la familia y la sociedad.
24. Promover el estudio, elaboración, seguimiento, firma, aprobación, revisión judicial y la ratificación de los tratados o convenios internacionales relacionados con el empleo, el trabajo, la Seguridad Social y la Protección Social y, velar por el cumplimiento de los mismos, en coordinación con las entidades competentes en la materia.
25. Promover y velar por la protección de los derechos al trabajo, a la asociación y a la huelga, conforme a las disposiciones constitucionales y legales vigentes.
26. Estimular y promover el desarrollo de una cultura en las relaciones laborales que propenda por el diálogo, la concertación y la celebración de los acuerdos que consoliden el desarrollo social y económico, el incremento de la productividad, la solución pacífica de los conflictos individuales y colectivos de trabajo, la concertación de las políticas salariales y laborales, y, la protección social de los grupos vulnerables.

27. *Elaborar en coordinación con sus organismos adscritos y vinculados el Plan de Desarrollo del Sector para su incorporación en el Plan General de Desarrollo.*
28. *Ejercer, en el marco de sus competencias, la prevención, inspección, control y vigilancia del cumplimiento de las normas sustantivas y procedimentales en materia de trabajo, empleo y seguridad social e imponer las sanciones pertinentes.*
29. *Preparar y presentar al Congreso de la República y de acuerdo con la agenda legislativa del Gobierno Nacional, los proyectos de ley relacionados con el Sector.*
30. *Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para facilitar la formulación y evaluación de políticas, planes y programas en materia de empleo, trabajo, previsión, Seguridad Social Integral y Protección Social.*
31. *Controlar y evaluar la ejecución de planes y programas en las áreas de empleo, trabajo, previsión, seguridad social integral y protección en coordinación con las entidades que desarrollen funciones en dichas materias.*
32. *Vigilar y auspicar el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de empleo, trabajo, seguridad social, protección social e inspección y vigilancia en el trabajo y , aprobar los proyectos de cooperación técnica internacional a celebrar por sus entidades adscritas o vinculadas, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, y demás entidades competentes en la materia.*
33. *Las demás que le asigne la ley.*

• **Ley No. 79 de 21 de diciembre de 2001, Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357.**

(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Título III. Sector Salud

Capítulo I

Competencias de la Nación en el sector salud

Artículo 42. *Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*

1. *Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.*
2. *Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.*
3. *Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
4. *Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.*
5. *Definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.*
6. *Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.*
7. *Reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.*
8. *Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea para su liquidación o admi-*

- nistración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento. El Gobierno Nacional en un término máximo de un año deberá expedir la reglamentación respectiva.
9. Establecer las reglas y procedimientos para la liquidación de instituciones que manejan recursos del sector salud, que sean intervenidas para tal fin.
 10. Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 11. Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.
 12. Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales.
 13. Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.
 14. Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.
 15. Establecer, dentro del año siguiente a la vigencia de la presente ley, el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes, de acuerdo con la red de prestación de servicios pública y privada existente en el ámbito del respectivo departamento o distrito, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.
 16. Prestar los servicios especializados a través de las instituciones adscritas: Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y los Sanatorios de Contratación y Agua de Dios, así como el reconocimiento y pago de los subsidios a la población enferma de Hansen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. La Nación definirá los mecanismos y la organización de la red cancerológica nacional y podrá concurrir en su financiación. Los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación prestarán los servicios médicos especializados a los enfermos de Hansen. Los departamentos de Cundinamarca y Santander podrán contratar la atención especializada para vinculados y lo no contemplado en el POS- Subsidiado con los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación.
 17. Expedir la reglamentación para el control de la evasión y la elusión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y las demás rentas complementarias a la participación para salud que financian este servicio.
 18. Reglamentar el uso de los recursos destinados por las entidades territoriales para financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica;
 19. Podrá concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.
 20. Concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones del presupuesto nacional, con un cuarto de punto (0.25) de lo aportado por los afiliados al régimen contributivo.

Capítulo II. Competencias de las entidades territoriales en el sector salud

Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

1. *De dirección del sector salud en el ámbito departamental.*
 - 1.1. *Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.*
 - 1.2. *Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.*
 - 1.3. *Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.*
 - 1.4. *Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.*
 - 1.5. *Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.*
 - 1.6. *Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.*
 - 1.7. *Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.*
 - 1.8. *Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y vigilar la correcta utilización de los recursos.*
 - 1.9. *Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.*
 - 1.10. *Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.*
2. *De prestación de servicios de salud*
 - 2.1. *Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.*
 - 2.2. *Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.*
 - 2.3. *Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.*
 - 2.4. *Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.*
 - 2.5. *Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.*
 - 2.6. *Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.*
 - 2.7. *Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.*
 - 2.8. *Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.*

3. *De Salud Pública*
 - 3.1. *Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.*
 - 3.2. *Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.*
 - 3.3. *Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.*
 - 3.4. *Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.*
 - 3.5. *Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.*
 - 3.6. *Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.*
 - 3.7. *Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.*
 - 3.8. *Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.*
 - 3.9. *Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.*
 4. *De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud*
 - 4.1. *Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.*
 - 4.2. *En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.*
- Artículo 44.** *Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*
1. *De dirección del sector en el ámbito municipal:*
 - 1.1. *Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.*
 - 1.2. *Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.*
 - 1.3. *Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.*
 - 1.4. *Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.*
 - 1.5. *Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.*
 - 1.6. *Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.*
 2. *De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud*
 - 2.1. *Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.*

- 2.2. *Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.*
- 2.3. *Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.*
- 2.4. *Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.*
3. *De Salud Pública*
 - 3.1. *Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.*
 - 3.2. *Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.*
 - 3.3. *Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1°, 2° y 3°, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.*
 - 3.3.1. *Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.*
 - 3.3.2. *Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.*
 - 3.3.3. *Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.*
 - 3.4. *Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.*
 - 3.5. *Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.*
 - 3.6. *Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.*
Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

Artículo 45. *Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación. La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los*

mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital.

Artículo 46. *Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.*

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria. La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa. El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias.

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Decreto No. 412 de 6 de marzo de 1992, Reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.**

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1992/marzo/06/dec0412061992.doc

Artículo 1. *Campo de aplicación. Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas.*

...

Artículo 4. *De las responsabilidades de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencia. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de salud.*

Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

Artículo 5. *De la formación del recurso humano y de la educación de la comunidad. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbilidad y siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.*

Artículo 6. *De los comités de urgencias. Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo asesor del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.*

Parágrafo. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un Comité de Urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación.

Artículo 7. *El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguientes funciones:*

- a) *Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar en el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología;*
- b) *Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias;*
- c) *Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos;*
- d) *Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias;*
- e) *Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias;*
- f) *Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de Salud como organismo rector del sistema de salud.*

- **Decreto No. 1.011/2006 de 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

http://www.urosario.edu.co/medicina/documentos/calidad/decreto1011_2006.pdf

Artículo 1. *Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*

Sistema único de habilitación

Artículo 6. *Sistema único de habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.*

Artículo 4. *Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:*

1. *El Sistema Único de Habilitación.*
2. *La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.*
3. *El Sistema Único de Acreditación.*
4. *El Sistema de Información para la Calidad.*

- **Resolución No. 1.474 de 2.002 por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación**

http://www.usergioarboleda.edu.co/centro/2Resolucion_202002.pdf

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, presenta los lineamientos conceptuales e instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares de acreditación.

...

Explicación del orden de los estándares.

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparecen los Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios y una segunda sección en la que se hallan los Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial a dichos procesos asistenciales. El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, uno denominado Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria. Estos estándares poseen una serie de llamadas de atención para servicios particulares, como son: materno, ambulatorio, urgencias y cirugía. Estas secciones sólo incluyen las diferencias particulares que deben ser consideradas por las organizaciones que cuenten con esos servicios. Se entiende que el resto de los estándares y criterios para estos servicios son exactamente iguales a los que aparecen en el proceso de atención asistencial.

- **Resolución No. 1. 446 del 08 de mayo 2006, Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.**

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Resolución No. 087 de 1997 de la Comisión de Regulación de Telecomunicaciones, que establece como número único de emergencias en el territorio nacional el 123.**

No se localizó el texto de la norma. Los distritos a nivel local desarrollan su propia normativa para proporcionar atención y respuesta a llamadas de Emergencia, basado en el uso del Número Telefónico Único 123.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Resolución No. 9.279 de noviembre 17 de 1993 del Ministerio de Salud por la cual se adopta el manual de normatización del competente traslado para la red nacional de urgencias y se dictan otras disposiciones.**

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/R9279-93.pdf>

***Artículo 25.** Del control y vigilancia sanitaria. Corresponde a las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud, ejercer el control y vigilancia sanitarias a las entidades prestadoras del servicio de ambulancias y a los vehículos destinados para tal fin para garantizar las condiciones sanitarias y el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma técnica adoptada mediante la presente resolución.*

- **Decreto No. 800 del 31 de marzo de 2003 por el cual se reglamentan la Ley 10 de 1990, en cuanto a la organización y el Funcionamiento de la medicina prepagada y la Ley 100 de**

1993, en lo relacionado con los planes complementarios, se modifica el inciso 1° del Decreto 1570 de 1993 y se deroga el Decreto 1615 de 2001.

<http://www.eumed.net/libros/2008b/408/DECRETO%20800%20de%202003.htm>

Artículo 1. *Modificado por el art. 1, Decreto Nacional 308 de 2004. Desarrollo de la atención.*

Las entidades de servicio de ambulancias prepagada deberán suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, a fin de verificar que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad, dándole cabal cumplimiento a las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepagada deberán tener el siguiente número de ambulancias en proporción a sus beneficiarios:

- 1. Al comienzo de la prestación y hasta que el número de beneficiarios supere los quince mil (15.000) deberá contar con mínimo cinco (5) ambulancias.*
- 2. Cuando el número de beneficiarios sea mayor a quince mil (15.000) y menor de veinticinco mil (25.000) deberá contar mínimo con ocho (8) ambulancias.*
- 3. Cuando el número de beneficiarios sea mayor a veinticinco mil (25.000) y menor de cincuenta mil (50.000) deberá contar mínimo con doce (12) ambulancias.*
- 4. Cuando el número de beneficiarios sea mayor de cincuenta mil (50.000) y menor de cien mil (100.000) deberá contar mínimo con quince (15) ambulancias.*
- 5. Cuando el número de beneficiarios sea mayor de cien mil (100.000) y menor de ciento setenta mil (170.000) deberá contar mínimo con dieciocho (18) ambulancias.*
- 6. Cuando el número de beneficiarios sea mayor de ciento setenta mil (170.000) y menor de doscientos cincuenta mil (250.000) deberá contar mínimo con treinta y cinco (35) ambulancias.*
- 7. Cuando el número de beneficiarios sea superior de doscientos cincuenta mil (250.000), por cada ochenta mil (80.000) nuevos beneficiarios o fracción menor a su número, deberá incorporar tres (3) ambulancias adicionales.*

Parágrafo 1. El patrimonio mínimo exigido para una entidad, programa o dependencia de servicio de ambulancias prepago que se encuentre en funcionamiento, será mínimo de tres mil (3.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Para estas entidades se concede un plazo de seis (6) meses para ajustarse a lo previsto en el presente artículo.

Parágrafo 2. Las entidades que a partir de la vigencia del presente decreto soliciten el certificado de funcionamiento para prestar el servicio de ambulancia prepago, deberán, acreditar un patrimonio equivalente a seis mil (6.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes que deberán acreditar integralmente para obtener el respectivo certificado, conforme el procedimiento previsto en el Decreto 1570 de 1993. Cuando pretendan prestar servicios adicionales de prepago acreditarán adicionalmente el patrimonio previsto en el mencionado decreto.

- **Res. 1043/06, contiene anexos con especificaciones técnicas y funcionales para ambulancias.**

www.mindefensa.gov.co/.../Proforma7B_ambulanciasMay2002.doc

Anexo técnico 1: Ambulancias de Transporte Asistencial Básica.

Anexo técnico 1: Ambulancias de Transporte Asistencial Intermedia Tai, tipo Panel.

Anexo técnico 1: Ambulancias Para Transporte de Pacientes Especiales.

- **Norma Técnica Colombiana, NTC 5285: Ambulancias aéreas para el traslado aeromédico.** Establece los requisitos mínimos necesarios para el acondicionamiento de las aeronaves de empresas de trabajos aéreos especiales modalidad ambulancia aérea que garanticen la calidad en el traslado aeromédico. Fecha de ratificación: 25/08/2004. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC.
<http://www.icontec.org/>
- **Norma Técnica Colombiana, NTC 4938. Ambulancias marítimas.** Establece los requisitos mínimos que deben cumplir y los métodos de verificación a los cuales se deben someter las embarcaciones denominadas “ambulancias para transporte marítimo” destinadas a la prestación del servicio de traslado de pacientes. Fecha de ratificación: 30/05/2001. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC.
<http://www.icontec.org/>

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Ley No. 100 de 23 de diciembre de 1993, establece que todas las instituciones de servicios de salud están obligadas a atender urgencias independientemente de si la víctima está afiliada o no a una entidad prestadora de servicios de salud.**
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo7740Document-No8187.DOC>

Artículo 159. *Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:*

1. *La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas.*
2. *La atención de urgencias en todo el territorio nacional.*

...

Artículo 167. *Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

Parágrafo 1. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

Parágrafo 2. Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Parágrafo 4. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Artículo 168. *Atención Inicial de Urgencias.* La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento.

Parágrafo. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 169. *Planes Complementarios.* Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.

Parágrafo. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

- **Acuerdo No. 72 del 29 de agosto de 1997 del Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado**
http://www.esevictoria.gov.co/index_files/procedGerencia/REHABILITACION/NORMATIVIDAD/Acuerdo%2072.pdf

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

En uso de las atribuciones legales conferidas en el numeral 1 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993

Acuerda

Artículo 1. *Contenidos del Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado.* El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

...

D. Transporte de pacientes:

1. *Pacientes de alto costo:* Cubre traslado de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.
2. *Urgencias:* Se cubre el costo del traslado interinstitucional de los pacientes a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

E. Medicamentos y ayudas diagnósticas: Los medicamentos incluidos son los definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica detallado en el artículo 45°. Del Decreto No. 1938 de agosto de 1994, en el artículo 101 de la Resolución No. 5261 de agosto de 1994, en el Acuerdo No. 53 del CNSSS y las demás normas que los adicionen o modifiquen. Los exámenes de laboratorio y las actividades y procedimientos de radiología y ecografía, son los definidos por nivel de complejidad en el Manual de Actividad, Intervenciones y Procedimientos, Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

Artículo 2. *Pago de excedentes en atención de accidentes de tránsito.* En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido en el artículo 34, literal a, del Decreto No. 1283 de 1996, la Administradora del Régimen Subsidiado reconocerá el pago de las atenciones necesarias siempre y cuando estén incluidas en el plan de beneficios del Régimen Subsidiado.

Artículo 3. *Atención inicial de urgencias. La ARS pagará la atención inicial de urgencias a la entidad pública o privada que preste dichos servicios a sus afiliados, aún si esta no hace parte de su red de prestadores, de acuerdo con lo establecido en el Decreto No. 2423 del 31 de diciembre de 1996.*

- **Resolución No. 5.261 de agosto 5 de 1994 Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Artículo 14. *Reconocimiento de reembolsos:*

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

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Ley General de Salud No. 5.395 de 30 de octubre de 1973.**

http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=7006¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp

Artículo 3. *Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 8.239 de 2002 de derechos y obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados.**

http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/Ley8239.pdf

Artículo 2. *Derechos*

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

...

f) *Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.*

...

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Ley No. 8.239 de 2002 de derechos y obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados.**

http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/Ley8239.pdf

Artículo 2. *Derechos*

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

...

f) *Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.*

...

Artículo 12. *Funciones de las contralorías de servicios de salud*

Corresponde, principalmente, a las contralorías de servicios de salud:

a) *Contribuir activamente a la formación de una cultura institucional orientada al usuario.*

- b) *Informar y orientar oportunamente a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, así como sobre la organización, el funcionamiento, la prestación de los servicios y demás trámites administrativos que sean de su interés.*

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

• Ley General de Salud No. 5.395 de 30 de octubre de 1973.

http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=7006¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp

Artículo 22. *Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de urgencia.*

• Ley No. 8.239 de 2002 de derechos y obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados.

http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadesocial/index_archivos/Ley8239.pdf

Artículo 1. *Objeto*

Esta Ley tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional.

Artículo 2. *Derechos*

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) *Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.*
- b) *Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.*
- c) *Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.*
- d) *Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.*
- e) *Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.*
- f) *Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.*
- g) *Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.*
- h) *Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.*
- i) *Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación.*
- j) *Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.*
- k) *Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.*
- l) *Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.*
- m) *Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de*

docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.

- n) Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.*
- ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.*
- o) Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.*
- p) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.*

Artículo 3. *Otros derechos en centros de salud privados*

Las personas usuarias de los servicios de salud en centros de atención privados tendrán, además, derecho a lo siguiente:

- a) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento.*
- b) Indicar los nombres de las personas que tendrán prioridad para visitarlas, si su estado les permite recibir visitas.*

Artículo 4. *Deberes*

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes:

- a) Proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud.*
- b) Cumplir las instrucciones e indicaciones que les brinde, en forma adecuada, el personal de salud.*
- c) Responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.*
- d) Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud.*
- e) Contribuir de manera oportuna, cuando cuenten con los recursos, al financiamiento de los servicios de salud públicos de la República.*
- f) Cualesquiera otras obligaciones que se establezcan en otras disposiciones legales.*

Artículo 5. *Creación de la Auditoría General de Servicios de Salud*

Créase la Auditoría General de Servicios de Salud, como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud. Su objetivo será asegurar que se cumplan las disposiciones de la presente Ley y se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud deberá tomar las previsiones presupuestarias requeridas, a fin de que la Auditoría cuente con el personal y los recursos necesarios para la ejecución de sus objetivos y el desempeño de sus funciones. Las instituciones y los establecimientos de salud bajo la competencia de la Auditoría General de Servicios de Salud, deberán adoptar las previsiones presupuestarias y económicas necesarias con el propósito de atender efectiva y eficientemente las medidas resultantes del ejercicio de las funciones encomendadas a dicha Auditoría. Será responsabilidad del respectivo jerarca, gerente o administrador el incumplimiento de las medidas que en definitiva se adopten.

En los hospitales desconcentrados de la Caja Costarricense de Seguro Social, le corresponderá al director de cada establecimiento el manejo y la gestión del presupuesto que, anualmente, le asigne el nivel central, de conformidad con la normativa aplicable.

Las modificaciones externas podrán tramitarse directamente ante la Contraloría General de la República, previo cumplimiento de los procedimientos previstos por los reglamentos internos de la Institución.

Artículo 6. *Dirección de la Auditoría General de Servicios de Salud*

La Auditoría General de los Servicios de Salud será dirigida por el Ministro de Salud, quien podrá nombrar a un auditor general, que será el responsable por la gestión del órgano desconcentrado.

El auditor general deberá colaborar con el Ministro de Salud para que la Auditoría cumpla con las funciones para las cuales fue creada, coordinando las acciones necesarias con el Ministerio, las instituciones y organizaciones o empresas bajo su competencia.

La designación y el nombramiento del auditor general le corresponderán al Ministerio de Salud, previa consulta al Consejo de la Auditoría General de los Servicios de Salud, creada en esta misma Ley. Su nombramiento será por cuatro años y será un funcionario a tiempo completo y dedicación exclusiva, por lo que no podrá desempeñar otro cargo público ni ejercer profesiones liberales.

...

Artículo 9. *Funciones*

Son funciones de la Auditoría General de Servicios de Salud:

- a) Proponer al Poder Ejecutivo programas para el mejoramiento de los servicios de salud, de conformidad con los principios y objetivos de esta Ley.*
- b) Emitir las normas técnicas y las disposiciones para regular el funcionamiento de las contralorías de servicios de salud.*
- c) Desarrollar estrategias apropiadas para solucionar las quejas de los usuarios.*
- d) Establecer, por medio de mecanismos adecuados, las principales deficiencias o violaciones a las disposiciones de esta Ley y elaborar las recomendaciones y sugerencias a los responsables de los servicios, para subsanarlas.*
- e) Asegurar la difusión y el conocimiento de los derechos y las responsabilidades de los pacientes.*
- f) Examinar y aprobar los informes semestrales sobre las denuncias recibidas y las resoluciones emitidas por cada una de las unidades locales.*
- g) Rendir un informe anual, ante el Ministerio de Salud, sobre sus actividades y remitir una copia a la Asamblea Legislativa.*
- h) Dar seguimiento a sus recomendaciones y resoluciones.*
- i) Ejercer las funciones que le correspondan de acuerdo con las leyes y los reglamentos aplicables.*

Artículo 10. *Contralorías de servicios de salud*

Cada centro de salud, hospital, público o privado, y cada clínica, pública o privada, tendrá una contraloría de servicios de salud, la cual deberá contar con los recursos necesarios para el cumplimiento adecuado de sus funciones. Como excepción, la Auditoría General de Servicios de Salud podrá disponer, por vía reglamentaria o disposición singular, los casos en que no se justifique la existencia de una contraloría de servicios de salud. Las contralorías ejercerán sus funciones con independencia funcional y de criterio, respecto del jerarca y los demás órganos de la administración activa. Por ello, no deberán realizar funciones ni actuaciones de administración activa, excepto las necesarias para cumplir con sus propias funciones.

El contralor de servicios será nombrado por tiempo indefinido y dependerá orgánicamente del jerarca unipersonal o colegiado correspondiente.

Las contralorías de servicios de salud se organizarán y funcionarán conforme a las normas y disposiciones de la Auditoría General de Servicios de Salud.

...

Artículo 12. *Funciones de las contralorías de servicios de salud.*

Corresponde, principalmente, a las contralorías de servicios de salud:

- a) Contribuir activamente a la formación de una cultura institucional orientada al usuario.*
- b) Informar y orientar oportunamente a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, así como sobre la organización, el funcionamiento, la prestación de los servicios y demás trámites administrativos que sean de su interés.*
- c) Llevar un registro de las reacciones de los pacientes frente a los servicios, que permita medir el grado de avance en el logro de los cometidos de mejoramiento continuo de la calidad.*
- d) Elaborar informes semestrales sobre las denuncias recibidas y las resoluciones emitidas.*

- e) *Informar semestralmente sobre las labores del período; el informe será remitido tanto a la autoridad superior del establecimiento de que se trate como a la Auditoría General, para su consolidación.*
- f) *Recibir las quejas o denuncias por violación a los derechos del paciente, para ser encausadas.*
- g) *Realizar las investigaciones internas preliminares, de oficio o a solicitud de parte, sobre fallas en el servicio o violaciones a los derechos del paciente. Cuando el reclamo implique peligro para la salud del paciente, se procederá a la presentación de una reconsideración, in situ, del jerarca de la institución o del servicio.*
- h) *Remitir el expediente de los casos probados y graves o las omisiones, para el procedimiento administrativo respectivo.*
- i) *Cumplir las normas técnicas y las disposiciones emitidas por la Auditoría General de Servicios de Salud y las del ordenamiento jurídico.*
- j) *Velar permanentemente por que se cumplan las disposiciones de la presente Ley.*

Artículo 13. *Potestades de las contralorías de servicios de salud*

Las contralorías de servicios de salud, para cumplir sus funciones, tendrán las siguientes potestades:

- a) *Libre acceso, en cualquier momento, a todos los libros, archivos y documentos de la entidad, así como a otras fuentes de información relacionadas con su actividad.*
- b) *Solicitar a cualquier funcionario o empleado, en la forma, las condiciones y el plazo que estimen convenientes, los informes, datos y documentos necesarios para el cabal cumplimiento de sus funciones.*
- c) *Solicitar a funcionarios y empleados, de cualquier nivel jerárquico, la colaboración, el asesoramiento y las facilidades que demande el ejercicio de la contraloría de servicios de salud.*
- d) *Cualesquiera otras necesarias para el cumplimiento de sus deberes, de acuerdo con el ordenamiento jurídico y las normas y disposiciones emitidas por la Auditoría General de Servicios de Salud.*

Artículo 14. *Presentación de reclamos*

Cualquier persona física o jurídica que se considere agraviada o violentada en sus derechos, podrá interponer los reclamos correspondientes sin discriminación alguna. Deberán ser presentados de inmediato o, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes al hecho que los originó, salvo cuando el afectado se encuentre internado; en tal caso, el plazo comenzará a correr a partir de su egreso del centro de salud.

...

Artículo 16. *Obligación de colaborar e informar*

Para todos los efectos legales, la desatención injustificada de los requerimientos de colaboración e información, presentados por las contralorías locales, por parte de los funcionarios de la institución respectiva, se considerará falta grave.

Artículo 17. *Acreditación de centros de salud privados*

Los servicios de salud privados deberán contar con una acreditación que emitirá el Ministerio de Salud, el cual fijará los requisitos para tal efecto.

Artículo 18. *Deber de coordinación*

Las contralorías de servicios y la Superintendencia de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social coordinarán sus actividades con la Auditoría General de Servicios de Salud. Esta última podrá requerir copia de las denuncias, las quejas, los reclamos o las gestiones que las primeras reciban de los usuarios, y se relacionen con los propósitos y fines de esta Ley. Además, deberán seguir los lineamientos de dicha Auditoría, sin perjuicio de los mecanismos de tutela internos previstos por la Institución.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley General de Salud No. 5.395 de 30 de octubre de 1973**

http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=7006¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp

Disposiciones Generales

Artículo 1. *La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.*

Artículo 2. *Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como “Ministerio”, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.*

- **Ley No. 5.412 Orgánica del Ministerio de Salud de 8 de noviembre de 1977.**

<http://www.pgr.go.cr/scij/>

Artículo 1. *La definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud, al cual se denominará para los efectos de esta ley “Ministerio”.*

Artículo 2. *Son atribuciones del Ministerio:*

- Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento;*
- Dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general; y ordenar las medidas y disposiciones ordinarias y extraordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población;*
- Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud, velando por el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas pertinentes;*
- Ejercer la jurisdicción y el control técnicos sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas, así como coordinar sus acciones con las del Ministerio;*
- La fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas, total o parcialmente, por el Estado o por las municipalidades o con fondos públicos de cualquier naturaleza;*
- Realizar las acciones de salud en materia de medicina preventiva, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones;*
- Otorgar las prestaciones de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación, a través de los organismos creados al efecto, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones. Estos servicios se cobrarán de conformidad con la capacidad económica del usuario, entendiéndose que las personas de escasos recursos los recibirá gratuitamente, todo conforme lo determine el reglamento respectivo;*
- Realizar todas las acciones y actividades y dictar las medidas generales y particulares, que tiendan a la conservación y mejoramiento del medio ambiente, con miras a la protección de la salud de las personas;*
- Importar en forma exclusiva y directa, drogas estupefacientes, sustancias y medicamentos que por su uso pueden producir dependencia física o psíquica en las personas;*

- i) *Mantener un sistema de información y estadística, relativo a la materia de salud, para cuyos efectos todas las instituciones que realicen acciones de salud pública y privada, están obligadas a remitir los datos que el Ministerio solicite, todo conforme al reglamento respectivo; y*
- j) *Cualquier otra que señalen la ley o los reglamentos, sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Decreto Ejecutivo No. 30.945 de 18 de noviembre de 2002, Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de vigilancia de la Salud.**
<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. *El presente decreto aplica para todos los establecimientos de salud, públicos y privados, y aquellas instituciones u organizaciones relacionadas con los eventos de importancia para la vigilancia de la salud pública además para otros organismos fuera del sector salud que directa o indirectamente influyan en la salud de la población.*

- **Decreto Ejecutivo No. 29.940 de 5 de octubre de 2001, Oficializa la aplicación obligatoria en establecimientos de salud públicos y privados de Normas para la Habilitación de Establecimientos con Internamiento en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas.**
<http://www.pgr.go.cr>

- **Decreto Ejecutivo No. 31.886 del 17 de mayo de 2004, Oficializa Manual de normas para la habilitación de servicios de atención extra-hospitalaria de pacientes en Costa Rica Ambulancia “Tipo B” Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias)**
<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. *Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria para los servicios de atención extrahospitalaria públicos, privados o mixtos, fijos y ambulatorios de soporte intermedio “El Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra Hospitalaria de Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias)”.*

Texto del Manual

1. Objetivo y ámbito de aplicación: La presente normativa tiene como objetivo especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los Servicios de Atención Extra hospitalaria, para garantizar que el servicio ofrecido cumpla con los requisitos de calidad, seguridad, equidad, igualdad y accesibilidad, para ser habilitados por el Ministerio de Salud.

Su ámbito de aplicación es nacional y abarca los Servicios de Atención Extra-hospitalaria, públicos, privados o mixtos, fijos y ambulantes, es decir las Ambulancias o unidades móviles de Soporte Intermedio Tipo B, terrestres y las Bases o Centros de Despacho. No incluye vehículos para traslado de cadáveres.

- **Decreto Ejecutivo No. 30.827 del 18 de octubre de 2002, Norma para la habilitación de servicios de atención extra-hospitalaria de soporte avanzado (Bases y Ambulancias)**
<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria para los servicios de atención extrahospitalaria, soporte avanzado “El Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra Hospitalaria de Soporte Avanzado (Bases y Ambulancias)”.

...

Anexo A. Requisitos para solicitar la habilitación. (Este anexo es parte integrante de la norma)

Para solicitar la habilitación de un Servicio de Atención Extra-hospitalaria de Soporte Avanzado Tipo A, la persona interesada debe presentar la documentación a la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. Los siguientes documentos deben estar debidamente llenos y completos y/o autenticados cuando se trata de copias:

1. Formulario de habilitación de establecimientos de salud y afines, debidamente lleno con dos copias.
Este formulario se retira en el Área de Salud del Ministerio Salud.
2. Copia de los atestados profesionales de la persona responsable técnica de la organización o institución.
3. Constancia del Colegio Profesional de Médicos y cirujanos de Costa Rica del personal médico.
4. Fotocopia de Cédula de Identidad, ambos lados, de la persona responsable técnica de la organización o institución.

Anexo B. Requisitos de información y documentación al realizar la evaluación del establecimiento

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Ley No. 7.566 del 18 de diciembre de 1995 de Creación del Sistema de Emergencias 9-1-1.**
<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. Creación

Créase el Sistema de Emergencias 9-1-1, con cobertura en todo el territorio nacional y adscrito al Instituto Costarricense de Electricidad. Su objetivo será participar, oportuna y eficientemente, en la atención de situaciones de emergencia para la vida, libertad, integridad y seguridad de los ciudadanos o casos de peligro para sus bienes. El nivel de desconcentración será máximo, según el inciso 3) del artículo 83, de la Sección I, Capítulo III, Título III de la Ley General de la Administración Pública, respecto a las competencias que, de manera exclusiva, la presente ley asigna al Sistema. (Así reformado por el artículo único de la ley N° 7663 de 21 de marzo de 1997)

Artículo 2. Regulación

El Sistema tiene personalidad jurídica instrumental y su organización y actividad serán reguladas por el Derecho Público. El ejercicio de la personalidad jurídica instrumental se utilizará en los actos que el Sistema ejecute, para cumplir con los acuerdos de la Comisión Coordinadora o desempeñar las funciones que la ley le asigne, en materia de administración presupuestaria y recursos humanos, capacitación, coordinación interinstitucional, manejo de emergencias y otras no compatibles dentro del marco de competencia del Instituto Costarricense de Electricidad. Para estos fines, el Órgano dispondrá de la potestad de ejecutar su asignación presupuestaria, según sus objetivos definidos de servicio y coordinación interinstitucional, y sujeto al mandato de las leyes que regulan dicho ejercicio. (Así reformado por el artículo único de la ley N° 7663 de 21 de marzo de 1997)

Artículo 3. Funciones

Son funciones del Sistema de Emergencias 9-1-1:

- a) Desarrollar y mantener un sistema de recepción, atención y transferencia de las llamadas de auxilio realizadas en situaciones de emergencia a las instituciones y los cuerpos de socorro correspondientes. Realizará estas labores a través de una red de comunicación con una base de acceso única para los particulares, que integre, con el más alto nivel técnico y óptima calidad, canales de comunicación entre órganos y entes del sector público o privado.

- b) *Fusionar de manera progresiva, en el 9-1-1, como único número telefónico, todos los que atienden llamadas de auxilio en situaciones de emergencia.*
- c) *Mantener un programa permanente de capacitación para los funcionarios del Sistema. Para tal efecto, suscribirá acuerdos de cooperación con entidades públicas o privadas, dentro del país o fuera de él.*
- d) *Ejecutar los procedimientos y trámites necesarios, dictados por la Comisión Coordinadora que se crea en el artículo 4 de esta ley, para que las emergencias reportadas se atiendan con eficiencia y calidad.*

Artículo 4. *Comisión Coordinadora*

Constitúyase la Comisión Coordinadora del Sistema de Emergencias 9-1-1, integrada por un representante de alto nivel, perteneciente en forma directa a la dependencia u órgano de cada institución involucrada, y su suplente, cuando corresponda, de cada uno de los siguientes organismos:

- a) *Comisión Nacional de Emergencias.*
- b) *Caja Costarricense de Seguro Social.*
- c) *Cuerpo de Bomberos del Instituto Nacional de Seguros.*
- d) *Ministerio de Seguridad Pública.*
- e) *Dirección General de Tránsito del Ministerio de Obras Públicas y Transportes.*
- f) *Organismo de Investigación Judicial de la Corte Suprema de Justicia.*
- g) *Instituto Costarricense de Electricidad.*
- h) *Cruz Roja Costarricense.*

El representante del Instituto Costarricense de Electricidad presidirá la Comisión, que funcionará según lo establecido en el Capítulo III del Título II de la Ley General de la Administración Pública. Sus miembros no devengarán dietas. A juicio de la Comisión Coordinadora, podrán incorporarse y brindarle sus servicios, con las responsabilidades y prerrogativas que establezca el reglamento de esta ley, instituciones y organismos que posean o administren instalaciones o sistemas, cuyo funcionamiento integrado al Sistema de Emergencias 9-1-1 se considere de utilidad para solventar emergencias.

(Así reformado por el artículo único de la ley N° 7663 de 21 de marzo de 1997)

Artículo 5. *Atribuciones de la Comisión Son atribuciones de la Comisión Coordinadora:*

- a) *Dictar las políticas de organización, establecer las áreas de cobertura y fijar los sistemas de trabajo y coordinación que deberán cumplir las instituciones y organizaciones integradas al Sistema de Emergencias 9-1-1.*
- b) *Coordinar con el Ministerio de Educación Pública para que incluya una unidad anual de aprendizaje sobre el uso y la importancia del Sistema.*
- c) *Propiciar, con los medios de comunicación colectiva, la realización de campañas sobre el uso del Sistema.*
- d) *Dictar los procedimientos y trámites necesarios y supervisarlos, para que el Sistema y los departamentos especializados de cada institución u organización integrante cooperen, con calidad y eficiencia, a atender las emergencias.*
- e) *Ejercer las demás funciones, facultades y deberes que le correspondan de acuerdo con las leyes.*

Artículo 6. *Unidades de apoyo Créase, en cada institución integrante de la Comisión Coordinadora, una unidad especializada de apoyo al Sistema de Emergencias 9-1-1. Las funciones de estas unidades constituirán actividades ordinarias de la institución y su objetivo será atender, inmediata y eficientemente, las emergencias que se le reporten, conforme a las directrices emanadas por la Comisión Coordinadora.*

Artículo 7. *Tasa de financiamiento*

...

Artículo 9. *Prestación de servicios*

El Instituto Costarricense de Electricidad prestará el servicio al Sistema, de acuerdo con sus propios reglamentos, en cuanto a sus responsabilidades, según el artículo 10 de esta ley.
(Así reformado por el artículo único de la ley N° 7663 de 21 de marzo de 1997)

Artículo 10. *Responsabilidad de los proveedores de los servicios de telefonía*

Son responsabilidades exclusivas de los proveedores de servicios de telefonía diseñar, adquirir, instalar, mantener, reponer y operar, técnica y administrativamente, un sistema de telecomunicaciones ágil, moderno y de alta calidad tecnológica, que permita atender y transferir las llamadas, según los requerimientos de los usuarios del Sistema. Los proveedores de servicios de telefonía, públicos o privados, que operen en el país deberán poner a disposición los recursos de infraestructura que el Sistema de Emergencias 9-1-1 requiera para el cumplimiento eficiente y oportuno de sus servicios, en aspectos que garanticen que las llamadas realizadas por la población deberán ser recibidas por los centros de atención que el Sistema habilite y se brindarán los datos de localización del usuario que disponga el acceso al servicio.
(Así reformado por el artículo 74 aparte a) de la Ley N° 8642 del 4 de junio de 2008).

...

Artículo 12. *Confidencialidad de la información* Por las características de la información generada al operar el Sistema, los funcionarios de las instituciones involucradas deberán manejarla con la confidencialidad necesaria para salvaguardar la seguridad de los usuarios.

Artículo 13. *Uso limitado del equipo* El Sistema de Emergencias 9-1-1 no podrá utilizar ningún equipo para intervenir llamadas telefónicas ni violar la privacidad de los ciudadanos, excepto si lo usa únicamente para identificar el número telefónico del cual se llama al Sistema.

...

- **Reglamento de creación, organización y funcionamiento de la Contraloría de Servicios del Sistema de Emergencias 911 de 11 de agosto de 2008.**

<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. *Creación.* Créase la Contraloría de Servicios del Sistema de Emergencias 9-1-1, como un órgano adscrito al máximo Jerarca, según lo dispuesto en el Decreto N° 34587-PLAN,

Artículo 2. *Actuaciones.* La Contraloría será competente para actuar de oficio o a petición de parte, realizar investigaciones, visitar las dependencias, requerir la información pertinente para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 3. *Obligación de colaboración.* Todas las dependencias y funcionarios/as del Sistema de Emergencias 9-1-1 deberán prestar su colaboración a la Contraloría de Servicios, cuando ésta lo requiera, como parte de las responsabilidades derivadas de su relación laboral. La negativa o negligencia, del/la funcionario/a, o el incumplimiento de este Reglamento, lo hará incurrir en responsabilidad disciplinaria según lo señalado en los artículos 63 a 70 del Reglamento Autónomo de Servicio.

...

- **Reglamento de organización y funcionamiento de la Auditoría Interna Sistema de Emergencias 911 de 30 de julio del 2008.**

<http://www.pgr.go.cr>

Capítulo I. Aspectos generales

Artículo 1. *Objetivo. El presente Reglamento establece las regulaciones administrativas y técnicas con respecto a la organización y funcionamiento de la Auditoría Interna del Sistema de Emergencias 9-1-1 y se emite en cumplimiento de lo que dispone el artículo 23 de la Ley No. 8.292, Ley General de Control Interno, así como el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República. Este documento se emite, además, en cumplimiento y de conformidad con la resolución de la Contraloría General de la República (CGR) R-CO-93-2006 “Directrices generales relativas al reglamento de organización y funcionamiento de las Auditorías Internas del sector público”.*

Como aporte a la administración de riesgos y establecimiento de controles, se plantean los siguientes objetivos:

- a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- b) Exigir confiabilidad y oportunidad en la información.*
- c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.*

...

• Reglamento Interno de la Comisión Coordinadora del Sistema de Emergencias 9-1-1 de 10 de diciembre de 2008.

<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. *La Comisión Coordinadora es el órgano colegiado del Sistema de Emergencias 9-1-1, competente para dictar las políticas, procedimientos y mecanismos para lograr la cooperación entre el Sistema y los departamentos especializados de cada una de las instituciones y órganos adscritos, para dar respuesta a los usuarios que hayan ingresado por la línea 9-1-1. Por otra parte, le corresponde la autorización interna del presupuesto de la institución, para su presentación y aprobación por parte de la Contraloría General de la República.*

Artículo 2. *La Comisión Coordinadora estará integrada, según lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley No. 7566 del 18 de diciembre de 1995 y sus reformas, por un representante de alto nivel, perteneciente en forma directa a la dependencia u órgano de las siguientes instituciones:*

- a) Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias;*
- b) Caja Costarricense del Seguro Social;*
- c) Benemérito Cuerpo de Bomberos;*
- d) Ministerio de Seguridad Pública;*
- e) Dirección General de Tránsito del Ministerio de Obras Públicas y Transportes;*
- f) Organismo de Investigación Judicial del Poder Judicial;*
- g) Instituto Costarricense de Electricidad;*
- h) Cruz Roja Costarricense;*
- i) Instituto Nacional de las Mujeres;*
- j) Otras instituciones, que podrán ser incorporadas a juicio de la Comisión Coordinadora.*

El representante del Instituto Costarricense de Electricidad presidirá la Comisión. Cada representante tendrá un suplente, que lo sustituirá en sus ausencias temporales.

...

- **Reglamento de organización y funcionamiento de la Contraloría de Servicios de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de 2 de diciembre de 2008.**

<http://www.pgr.go.cr>

Título I. Disposiciones Generales

Artículo 1. *Ámbito de aplicación:* El presente reglamento será aplicable a la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, en adelante CNE, la que debe velar por el buen funcionamiento de los servicios públicos que brindan sus diferentes dependencias administrativas y técnicas, de acuerdo a sus competencias funcionales.

Artículo 2. *Derechos del ciudadano:* Es un derecho de todos los ciudadanos de la República recibir de parte las instituciones del Sector Público servicios de óptima calidad. Además las personas físicas o jurídicas tienen el derecho de plantear inconformidades, denuncias, necesidades o sugerencias, respecto de los servicios que reciben de las instituciones del sector público y sobre las actuaciones de los funcionarios en el ejercicio de sus labores, cuando se estime que afecten directa o indirectamente los servicios prestados. Para la protección de este derecho de los ciudadanos, la gestión de la CNE deberá sujetarse a los principios fundamentales de continuidad, eficiencia y eficacia, adaptación a todo cambio en el régimen legal o necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los usuarios, según lo establecido en la Ley General de la Administración Pública.

...

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Decreto Ejecutivo No. 31.886 del 17 de mayo de 2004, Oficializa Manual de normas para la habilitación de servicios de atención extra - hospitalaria de pacientes en Costa Rica Ambulancia “Tipo B” Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias)**

http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=53208&nValor3=57936¶m2=1&strTipM=TC&clResultado=2&strSim=simp

Artículo 1. *Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria para los servicios de atención extrahospitalaria públicos, privados o mixtos, fijos y ambulatorios de soporte intermedio “El Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra Hospitalaria de Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias)”.*

Texto del Manual

1. *Objetivo y ámbito de aplicación:* La presente normativa tiene como objetivo especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los Servicios de Atención Extra hospitalaria, para garantizar que el servicio ofrecido cumpla con los requisitos de calidad, seguridad, equidad, igualdad y accesibilidad, para ser habilitados por el Ministerio de Salud.

Su ámbito de aplicación es nacional y abarca los Servicios de Atención Extra-hospitalaria, públicos, privados o mixtos, fijos y ambulantes, es decir las Ambulancias o unidades móviles de Soporte Intermedio Tipo B, terrestres y las Bases o Centros de Despacho. No incluye vehículos para traslado de cadáveres.

....

3. *Clasificación y designación.*
 - 3.1. *Primer nivel de clasificación.* Con el objeto de organizar la norma, las ambulancias en el primer nivel, se clasifican como ambulancias de soporte intermedio de acuerdo a los servicios brindados y operan acorde con la modalidad que se cita:
 - 3.1.1. *Ambulancias de soporte intermedio (Tipo B).*

- 3.1.2. *Vehículo especial de Rescate.*
- 3.1.3. *Bases o Centros de Despacho.*
- 3.2. *Segundo nivel de clasificación. En el segundo nivel de clasificación, se contemplan las siguientes categorías de la norma:*
 - 3.2.1. *Recurso humano.*
 - 3.2.2. *Planta física.*
 - 3.2.3. *Recurso material.*
 - 3.2.4. *Documentación.*
 - 3.2.5. *Gestión.*
- 4. *Especificaciones.*
 - 4.1. *Ambulancias o unidades móviles de soporte intermedio-tipo*
 - 4.1.1. *Recurso humano.*
 - 4.1.1.1. *Las instituciones u organizaciones prestatarias de servicios con ambulancias o unidades móviles de soporte intermedio (Tipo B),deben contar con un profesional médico, disponible durante las veinticuatro horas.*
 - 4.1.1.2. *Las bases o centros de despacho, deben contar con radio-operadores o despachadores en las oficinas de comunicación, los cuales deben cumplir al menos con los siguientes requisitos de capacitación básica:*
 - 4.1.1.2.1. *Curso Asistente de Primeros Auxilios (A.P.A), incluye el tema básico de radio-operador.*
 - 4.1.1.2.2. *Curso básico de capacitación de Radio-operador Civil como un curso específico.*
 - 4.1.1.2.3. *Curso básico de Relaciones Humanas y Relaciones Públicas.*
 - 4.1.1.2.4. *Curso básico de Ética y Moral Médica (de al menos una semana de duración).*
 - 4.1.1.2.5. *Curso básico de Despacho de Incidentes. Dicho curso le permite al personal determinar el tipo de vehículo y personal que se requiere para la atención de un suceso.*
 - 4.1.1.3. *El personal se contratará de acuerdo a las regulaciones internas de cada fuente empleadora.*
 - 4.1.1.4. *En la clasificación de pacientes, para el despacho de cualquiera de los tipos de unidades, se debe contar con una persona, con entrenamiento en clasificación de víctimas (TRIAGE) El cual puede estar presente en la escena o hacerlo por control remoto.*
 - 4.1.1.5. *La persona responsable de conducir el vehículo, debe cumplir con los siguientes requisitos:*
 - 4.1.1.5.1. *Tener aprobado el Curso de Manejo Vehicular de Emergencia (M.V.E.).*
 - 4.1.1.5.2. *Tener licencia de conducir vigente de acuerdo a los requerimientos de ley para el tonelaje del vehículo.*
 - 4.1.1.5.3. *Tener los atestados como Asistente en Primeros Auxilios (A.P.A.), que equivale a aquella persona que cuenta con preparación básica, no universitaria. Conformar la tripulación de una ambulancia de soporte básico.*
 - 4.1.1.6. *La tripulación de la ambulancia debe estar compuesta al menos por:*
 - 4.1.1.6.1. *El conductor y un Asistente de Emergencias Médicas en zonas rurales, Área Metropolitana y cabeceras de provincia.*
 - 4.1.1.6.2. *El conductor y dos Asistentes de Emergencias Médicas cuando se cuente con el recurso y el caso lo amerite.*

- 4.1.1.7. *El recurso denominado técnico de emergencias médicas, debe estar debidamente inscrito y el denominado asistente de emergencias médicas debe estar registrado, ambos por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*
- 4.1.1.8. *El recurso humano calificado de cada ambulancia en el país, debe utilizar un uniforme que lo identifique a él y a la organización o institución a la que pertenece.*
- 4.1.1.9. *El recurso humano calificado de cada ambulancia en el país, debe portar en un lugar visible, un carné que lo acredite para realizar sus funciones, el carné debe contener el nombre completo legible y el tipo de categoría técnica que ostenta.*
- 4.1.2. *Planta Física.*
 - 4.1.2.1. *La organización debe contar con al menos los siguientes espacios o áreas:*
 - 4.1.2.1.1. *Espacio físico suficiente para estacionar los vehículos, cuando exista más de una unidad.*
 - 4.1.2.1.2. *Estación para despacho de vehículos destinados a cubrir un suceso. El área de descanso para el personal, no deberá ser menos de seis metros cuadrados.*
 - 4.1.2.1.3. *Área de higiene y aseo personal con servicio sanitario, ducha y lavamanos.*
 - 4.1.2.1.4. *Bodega para guardar equipo en general.*
 - 4.1.2.2. *La planta física de la base debe encontrarse en buenas condiciones de construcción, verificables visualmente.*
 - 4.1.2.3. *La planta física de la base debe encontrarse estructuralmente aceptable y en óptimas condiciones de higiene y contar con buenas instalaciones de iluminación y ventilación.*
 - 4.1.2.4. *El lugar donde esté ubicada la base o centro de despacho debe tener un rótulo con el nombre de la empresa u organización, su logotipo y número de teléfono fácilmente visibles e identificables.*
- 4.1.3. *Recurso material.*
 - 4.1.3.1. *La base o centro de despacho debe contar al menos con el siguiente material y equipo:*
 - 4.1.3.1.1. *Mesa escritorio con su silla.*
 - 4.1.3.1.2. *Teléfono y fax.*
 - 4.1.3.1.3. *Archivo amplio de un material resistente y duradero.*
 - 4.1.3.1.4. *Un equipo de radio-comunicación fijo y otro portátil preferiblemente.*
 - 4.1.3.1.5. *Equipo electrógeno, (planta eléctrica o baterías para la radio base, así como para cubrir la iluminación del área de despacho).*
 - 4.1.3.1.6. *Un servicio completo con ducha y lavatorio.*
 - 4.1.3.1.7. *Una bodega o espacio para mantener equipo en general.*
 - 4.1.3.2. *La base o centro de despacho debe contar cuando se requiera con un sistema de alarmas sonoras, para la movilización urgente de la unidad y su personal.*
 - 4.1.3.3. *La organización o institución debe tener acceso a ambulancias suplentes, las cuales deben cumplir los mismos requisitos de las unidades en uso.*
 - 4.1.3.4. *Las ambulancias o unidades móviles deben presentar las siguientes condiciones externas:*
 - 4.1.3.4.1. *Todos los rótulos e insignias se consignarán en idioma español.*
 - 4.1.3.4.2. *Debe estar rotulado solamente con la palabra "AMBULANCIA", en su parte delantera, escrita en forma inversa y en su parte trasera escrita de forma normal.*

- 4.1.3.4.3. *En los costados, el vehículo debe tener el nombre y distintivo de la organización o institución a la que pertenece. Así mismo en parte superior de los mismos, deberá incluirse la palabra “Soporte Inter-medio”.*
- 4.1.3.4.4. *En las puertas delanteras y en los guardabarros delanteros, debe tener escrito el número de teléfono y otra identificación como sería un nombre o número de flotilla.*
- 4.1.3.4.5. *En las puertas traseras debe tener las inscripciones de las insignias de la organización o institución.*
- 4.1.3.4.6. *En el techo debe contar con la palabra “ambulancia” y el número de identificación, visible desde el aire.*
- 4.1.3.5. *Las ambulancias o unidades móviles deben poseer una luz rotativa color roja, visible a trescientos sesenta grados (360°).*
- 4.1.3.6. *Las ambulancias o unidades móviles deben contar al menos con las siguientes condiciones internas:*
 - 4.1.3.6.1. *Buenas condiciones higiénicas visibles a simple vista.*
 - 4.1.3.6.2. *Anaqueles para guardar material y equipo, con cerradura segura para que no se abra fácilmente.*
 - 4.1.3.6.3. *El largo del módulo de transporte del paciente, debe ser al de me-nos dos y medio metros.*
 - 4.1.3.6.4. *Una silla lateral larga con cajón interno y cinturones, que pueda ser utilizada como camilla auxiliar.*
 - 4.1.3.6.5. *Un generador de vacío, para conectar al evacuador.*
 - 4.1.3.6.6. *Una instalación de tubería para el oxígeno, con un cilindro ma-dre, que puede ser del Tipo “D”, “E”, o “M” (pequeño, mediano, grande, respectivamente).*
 - 4.1.3.6.7. *Iluminación interna y un sistema de aire acondicionado.*
- 4.1.3.7. *Las ambulancias o unidades móviles deben contar con equipo de comunicación fijo y portátil, de alcance con su base, u otras centrales de despacho, sin menoscabo de otras formas de comunicación, que permita un flujo rápido de información con la base y los médicos las veinticuatro horas del día, y los trescientos sesenta y cinco días del año.*
- 4.1.3.8. *La ambulancia o unidad móvil debe contar al menos con el siguiente equipo especializado y materiales, necesarios para la atención del paciente:*
 - 4.1.3.8.1. *Equipo de aspiración portátil y de pared, mecánico o eléctrico.*
 - 4.1.3.8.2. *Resucitador con reservorio y máscaras de tres tamaños.*
 - 4.1.3.8.3. *Cánulas orofaríngeas (tipo Mayo), en seis tamaños.*
 - 4.1.3.8.4. *Férula corta de espalda con fajas de seguridad o KED.*
 - 4.1.3.8.5. *Férulas de tracción (adulto y pediátrico).*
 - 4.1.3.8.6. *Juego de inmovilizadores de cabeza para férula larga.*
 - 4.1.3.8.7. *Cinco cinturones de seguridad de tres metros de largo por seis centí-metros de ancho.*
 - 4.1.3.8.8. *Frazadas y sábanas.*
 - 4.1.3.8.9. *Oxímetro de pulso.*
 - 4.1.3.8.10. *Una camilla para transporte con tres cinturones.*
 - 4.1.3.8.11. *Una camilla de lona.*
 - 4.1.3.8.12. *Una camilla-pala tipo Scoop, con fajas de seguridad.*
 - 4.1.3.8.13. *Una linterna de baterías (todo en correcto estado).*

- 4.1.3.8.14. *Un extintor portátil de dióxido de carbono (CO²) o polvo químico, el cual debe estar con fecha vigente.*
- 4.1.3.8.15. *Dos chalecos reflectantes o una chaqueta tipo jacket.*
- 4.1.3.8.16. *Equipo de comunicación fijo y otro portátil.*
- 4.1.3.8.17. *Cuatro sábanas limpias.*
- 4.1.3.8.18. *Diez bolsas plásticas para recolectar material peligroso.*
- 4.1.3.8.19. *Un estetoscopio.*
- 4.1.3.8.20. *Un equipo completo de oxígeno terapia.*
- 4.1.3.8.21. *Tres cuellos cervicales (grande, mediano y pequeño).*
- 4.1.3.8.22. *Un juego completo de férulas inflables (grande, mediano y pequeño).*
- 4.1.3.8.23. *Un juego de triángulos de seguridad.*
- 4.1.3.8.24. *Un paquete de vasos desechables pequeños.*
- 4.1.3.8.25. *Una caja de guantes de látex.*
- 4.1.3.8.26. *Un recipiente recolector de agujas.*
- 4.1.3.8.27. *Un juego de mascarillas simples, pediátrica y adulto.*
- 4.1.3.8.28. *Un equipo para toma de presión arterial (esfigmomanómetro).*
- 4.1.3.8.29. *Un litro de agua potable sellado.*
- 4.1.3.8.30. *Un botiquín llamado de Primera Intervención (PI), que contenga:*
 - 4.1.3.8.30.1. *Rollos de gasa de varios tamaños.*
 - 4.1.3.8.30.2. *Apósitos de gasa de varios tamaños.*
 - 4.1.3.8.30.3. *Apósitos especiales para trauma.*
 - 4.1.3.8.30.4. *Tijeras grandes.*
 - 4.1.3.8.30.5. *Protector para lengua, tipo bajalengua.*
 - 4.1.3.8.30.6. *Torundas con alcohol.*
 - 4.1.3.8.30.7. *Esparadrapo.*
 - 4.1.3.8.30.8. *Algodón hidrofílico.*
 - 4.1.3.8.30.9. *Un recipiente de agua potable sellado.*
 - 4.1.3.8.30.10. *Jabón líquido.*
 - 4.1.3.8.30.11. *Tres pañuelos triangulares N° 10.*
 - 4.1.3.8.30.12. *Una férula larga de espalda con fajas.*
 - 4.1.3.8.30.13. *Un recipiente con agua estéril.*
 - 4.1.3.8.30.14. *Un paquete de bolsas plásticas.*
 - 4.1.3.8.30.15. *Quince bolsitas de azúcar al menos con cinco gramos cada una).*
 - 4.1.3.8.30.16. *Un juego de cánulas orofaríngeas nasofaríngeas.*
- 4.1.3.8.31. *El equipo para atención obstétrica debe tener al menos:*
 - 4.1.3.8.31.1. *Tres paños pequeños.*
 - 4.1.3.8.31.2. *Dos sábanas estériles de ciento 190 cm x 80 cm.*
 - 4.1.3.8.31.3. *Cuatro toallas sanitarias.*
 - 4.1.3.8.31.4. *Dos cobijas para bebé.*
 - 4.1.3.8.31.5. *Hilo y pinzas para cordón umbilical.*
 - 4.1.3.8.31.6. *Seis metros de papel de aluminio.*
 - 4.1.3.8.31.7. *Una tijera estéril.*
 - 4.1.3.8.31.8. *Dos pinzas tipo mosquito estériles.*
 - 4.1.3.8.31.9. *Una pera pediátrica.*

4.1.3. Documentación.

- 4.1.3.8. La organización o institución debe tener un expediente de cada ambulancia o unidad móvil, en donde mantenga la documentación, sobre mantenimiento

preventivo y correctivo realizado a la misma, además de otra información pertinente.

- 4.1.3.9. *La organización o institución debe tener un expediente de cada ambulancia o unidad móvil, en donde mantenga la documentación sobre mantenimiento preventivo y correctivo tanto.*
- 4.1.4.3. *Un listado de las enfermedades de denuncia obligatoria y contar con los mecanismos correspondientes para llevar a cabo el procedimiento de notificación.*
- 4.1.4.4. *Un ejemplar del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, emitido mediante Decreto Ejecutivo N° 30945-S del 18 de noviembre del 2002, publicado en La Gaceta N° 18 del 27 de enero del 2003, Protocolos y normas para la atención de incidentes.*
- 4.1.5. *Gestión.*
 - 4.1.5.1. *La organización o institución debe asegurar que las unidades estén en óptimas condiciones de funcionamiento.*
 - 4.1.5.2. *La organización o institución debe asegurar que toda hoja de reporte debe contener una cláusula de descargo del no uso del servicio y debe llevar la firma y número de cédula del paciente y un testigo.*
 - 4.1.5.3. *La organización o institución debe asegurar, que las víctimas se clasifican de acuerdo a la clasificación de TRIAGE.*
 - 4.1.5.4. *La organización o institución debe asegurar, que el personal se rija por el Código de Ética y Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*

• **Decreto Ejecutivo No. 30.827 del 18 de octubre de 2002, Norma para la habilitación de servicios de atención extra-hospitalaria de soporte avanzado (Bases y Ambulancias)**

<http://www.pgr.go.cr>

Artículo 1. *Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria para los servicios de atención extrahospitalaria, soporte avanzado “El Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra Hospitalaria de Soporte Avanzado (Bases y Ambulancias)”.*

Norma para la Habilitación de Servicios de Atención Extra-hospitalaria de Soporte Avanzado (Bases y Ambulancias)

0. *Introducción*

La necesidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y afines y la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud como ente rector del Sector de Salud, han generado acciones para normalizar las condiciones de operación de los establecimientos que actúan o prestan servicios, directa o indirectamente, en materias ligadas con la salud y el bienestar de las personas.

Estos requisitos se basan en lo dispuesto en la Ley General de la Salud, No. 5395, Decreto Ejecutivo No. 30571-S de 25 de junio del 2002, publicado en La Gaceta No. 138 de 18 de julio del 2002 y otras disposiciones legales y reglamentarias vinculantes con la materia, se establece la Norma para la Habilitación de los Servicios Atención Extra-hospitalaria de Soporte Avanzado, que incluye a las bases o centros de despacho y las ambulancias o unidades móviles.

Además en el Anexo A se establecen los requisitos para realizar el trámite de solicitud de habilitación. Así mismo en el Anexo B se presenta los requisitos de información y documentación que se requieren al realizar la evaluación del establecimiento.

1. *Objetivo y Ámbito de Aplicación*

La presente normativa tiene como objetivo especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los Servicios de Atención en Extra hospitalaria, para garantizar que el servicio ofrecido cumpla con los requisitos de calidad, seguridad, equidad, igualdad y accesibilidad, para ser habilitados por el Ministerio de Salud.

Su ámbito de aplicación es nacional y aplica para los Servicios de Atención Extra-hospitalaria, públicos, privados o mixtos, fijos y ambulantes. Incluye las Ambulancias o unidades móviles de Soporte Avanzado Tipo A, terrestres, aéreas, acuáticas y las Bases o Centros de Despacho. No incluye vehículos para traslado de cadáveres.

2. *Definiciones generales y símbolos:*

Ambulancia aérea: vehículo aéreo con los requisitos que establezca la Dirección General de Aviación Civil. El cual debe contar con camilla fija sujeta a la estructura del vehículo, y con el equipo y recurso humano descrito para la ambulancia tipo A.

Ambulancia Tipo A o de soporte avanzado: vehículo o unidad móvil en el cual se puede atender todo tipo de pacientes y el recurso humano está autorizado para realizar procedimientos invasivos, bajo supervisión médica.

Atención del paciente: acto médico, por medio del cual una persona con conocimientos de primeros auxilios o médicos, ayuda a otra persona que se encuentra en peligro de salud. Se rige por el Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Base o centro de despacho: lugar de permanencia, ubicación, de salida y llegada de las ambulancias o unidades móviles de emergencias.

Carreta: vehículo complementario a las unidades de atención extra-hospitalaria, que se utiliza para el transporte de equipo de rescate, en sus diversas modalidades. Debe cumplir las especificaciones de la ley de tránsito para este tipo de vehículos.

Habilitación: trámite de acatamiento obligatorio, realizado por el Estado, para autorizar el funcionamiento de los servicios de salud y afines, tanto públicos como privados, por el cual garantiza a los usuarios, que éstos cumplen con los requisitos mínimos estructurales, para la atención que explícitamente dicen ofrecer.

Organización: entidad de carácter pública, privada o mixta, educativa, institucional, u empresarial, habilitada por el Ministerio de Salud.

Oficiales de clasificación de víctimas (Triage): encargados de clasificar el estado de las víctimas (la gravedad de los lesionados) y con esto definir quienes se trasladan según prioridad.

Servicio pre -hospitalario: Es todo aquel servicio de ambulancia que se da previo al ingreso de un paciente a un centro hospitalario.

Servicio inter-hospitalario: Es todo aquel servicio que se da entre diferentes centros de salud, o entre estos centros y los hospedajes o residencias, u hospitales.

Servicio post-hospitalario: Es todo aquel servicio que se da posterior a cualquier egreso hospitalario.

Vehículo de rescate: unidades especializadas (vehicular, vertical, acuático, montaña, aéreo). que cuentan con equipo de rescate, de acuerdo a cada especialidad y cuya labor consiste en recuperar personas heridas y trasladarlas a un lugar accesible para que intervenga una unidad avanzada.

V.p.i. (vehículo de primera intervención): unidad de dos y cuatro ruedas acondicionada y equipada para atender o brindar a la mayor brevedad posible, la estabilización inicial del paciente, bajo supervisión médica mientras llega la ambulancia de apoyo.

3. *Clasificación y designación*

3.1. *Primer nivel de clasificación. En el primer nivel de clasificación las unidades se clasifican como unidades de soporte avanzado de acuerdo a los servicios brindados, constituidos por las siguientes:*

3.1.1. *Ambulancias de transporte avanzado: (Tipo A)*

3.1.2. *Ambulancia para traslado acuático: (barcos o lanchas)*

3.1.3. *Ambulancias para traslado aéreo: (avión, avioneta o helicóptero)*

3.1.4. *Bases o Centros de Despacho*

3.2. *Segundo nivel de clasificación. En el segundo nivel de clasificación, la norma se clasifica en las siguientes categorías:*

3.2.1. *Recurso humano*

3.2.2. *Planta Física*

- 3.2.3. *Recurso material*
- 3.2.4. *Documentación*
- 3.2.5. *Gestión*
- 4. *Especificaciones*
 - 4.1. *Ambulancias o unidades móviles de soporte avanzado: tipo A*
 - 4.1.1. *Recurso humano*
 - 4.1.1.1. *Las instituciones u organizaciones prestatarias de servicios con ambulancias o unidades móviles de soporte avanzado (Tipo A), deben contar con un/a profesional médico, durante las veinticuatro horas. Estela profesional debe cumplir al menos los siguientes requisitos:*
 - 4.1.1.1.1. *Ser miembro activo del Colegio Profesional de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*
 - 4.1.1.1.2. *Tener experiencia mínima de al menos dos años en el campo de atención de emergencias extra-hospitalarias.*
 - 4.1.1.1.3. *Tener al menos los siguientes cursos de capacitación aprobados y vigentes por una institución debidamente autorizada:*
 - 4.1.1.1.3.1. *Soporte Cardíaco Básico. (S.C.B)*
 - 4.1.1.1.3.2. *Soporte Cardíaco Avanzado. (S.C.A.)*
 - 4.1.1.1.3.3. *Soporte de Trauma Avanzado. (S.T.A)*
 - 4.1.1.1.3.4. *Soporte Pediátrico Avanzado. (S.P.A)*
 - 4.1.1.2. *Las bases o centros de despacho, deben contar con radio-operadores o despachadores de las oficinas de comunicación, los cuales deben cumplir al menos los siguientes requisitos de capacitación básica:*
 - 4.1.1.2.1. *Curso Asistente de Primeros Auxilios (A.P. A).*
 - 4.1.1.2.2. *Curso básico de capacitación de Radio-operador Civil.*
 - 4.1.1.2.3. *Curso básico de Relaciones Humanas y Públicas.*
 - 4.1.1.2.4. *Curso básico de Ética y Moral Médica (al menos una semana de duración).*
 - 4.1.1.2.5. *Curso básico de Despacho de Incidentes.*
 - 4.1.1.3. *La persona responsable de conducir el vehículo, debe cumplir los siguientes requisitos:*
 - 4.1.1.3.1. *Tener aprobado el Curso de Manejo Vehicular de Emergencia (M.V.E.)*
 - 4.1.1.3.2. *Tener licencia de conducir vigente de acuerdo a los requerimientos de ley para el tonelaje del vehículo.*
 - 4.1.1.3.3. *Tener los atestados como Asistente en Primeros Auxilios (A.P.A.) o Asistente en Emergencias Medicas (A .E. M).*
 - 4.1.1.4. *La tripulación de la ambulancia debe estar compuesta al menos por:*
 - 4.1.1.4.1. *El conductor, un Asistente de Emergencias Médicas y un Técnico en Emergencias Médicas o*
 - 4.1.1.4.2. *El conductor, un Técnico en Emergencias Médicas y un médico.*
 - 4.1.1.5. *El recurso técnico de emergencias médicas, debe estar debidamente registrado y el recurso asistente de emergencias médicas debe estar autorizado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*
 - 4.1.1.6. *El recurso humano calificado de cada unidad de atención extra-hospitalaria en el país, debe utilizar un uniforme que lo identifique a él y a la organización o institución a la que pertenece.*

- 4.1.1.7. *El recurso humano calificado de cada unidad de atención extra-hospitalaria en el país, debe portar en un lugar visible, un carné que lo acredite para realizar la función, que tenga el nombre completo legible y su capacitación.*
- 4.1.2. *Planta física.*
 - 4.1.2.1. *La organización debe contar con al menos los siguientes espacios o áreas:*
 - 4.1.2.1.1. *Espacio para estacionar los vehículos.*
 - 4.1.2.1.2. *Estación para despacho de los vehículos de al menos seis metros cuadrados y ningún ancho menor de dos metros.*
 - 4.1.2.1.3. *Área de descanso para el personal, no menor de seis metros cuadrados.*
 - 4.1.2.1.4. *Área de higiene con servicio sanitario, ducha y lavamanos.*
 - 4.1.2.1.5. *Bodega, para equipo en general.*
 - 4.1.2.2. *La planta física de la base debe estar en buenas condiciones de construcción, verificables visualmente.*
 - 4.1.2.3. *La planta física de la base debe tener adecuada higiene y buenas condiciones de iluminación y ventilación.*
 - 4.1.2.4. *El lugar donde esté ubicada la base o centro de despacho debe tener un rótulo, con nombre de la empresa u organización, logotipo y número de teléfono fácilmente visibles.*
- 4.1.3. *Recurso material*
 - 4.1.3.1. *La base o centro de despacho debe contar al menos con el siguiente material y equipo:*
 - 4.1.3.1.1. *Mesa escritorio con su silla.*
 - 4.1.3.1.2. *Teléfono y fax.*
 - 4.1.3.1.3. *Archivo metálico o de otro material.*
 - 4.1.3.1.4. *Equipo de radio-comunicación.*
 - 4.1.3.1.5. *Equipo electrógeno, (Planta eléctrica o baterías para el radio Base, así como respaldo de iluminación del área para despacho).*
 - 4.1.3.2. *La base o centro de despacho debe contar con un sistema de alarmas sonoras, para despachar a su personal.*
 - 4.1.3.3. *La organización o institución debe tener acceso a unidades suplentes (ambulancias) las cuales deben cumplir los mismos requisitos de las unidades en uso.*
 - 4.1.3.4. *Las ambulancias o unidades móviles deben tener las siguientes condiciones externas:*
 - 4.1.3.4.1. *Todos los rótulos e insignias deben ser en idioma español.*
 - 4.1.3.4.2. *Debe estar rotulado solamente con la palabra "AMBULANCIA", en su parte delantera, escrita en forma inversa y atrás escrita de forma normal.*
 - 4.1.3.4.3. *En los costados, el vehículo debe tener las siguientes inscripciones:*
 - a) *Nombre y distintivo de la organización o institución a la que pertenece.*
 - b) *La insignia de la "Estrella de la Vida" en color azul, la cual debe tener un diámetro no mayor de sesenta centímetros.*
 - c) *La palabra PARAMÉDICOS O UNIDAD DE SOPORTE AVANZADO DE VIDA.*
 - 4.1.3.4.4. *En las puertas delanteras, debe tener escrito el número de teléfono y otra identificación como el nombre o número de flotilla y en los guardabarros delanteros.*
 - 4.1.3.4.5. *En las puertas traseras debe tener las siguientes inscripciones:*

- a) *Las insignias de la organización o institución.*
- b) *La insignia de la “Estrella de la Vida” en color azul, la cual debe tener un diámetro no mayor de sesenta centímetros.*
- 4.1.3.4.6. *En el techo debe tener el rótulo de ambulancia y el número de identificación, visible desde el aire.*
- 4.1.3.5. *Las ambulancias o unidades móviles deben poseer una luz rotativa color roja, visible a trescientos sesenta grados (360°).*
- 4.1.3.6. *Las ambulancias o unidades móviles deben tener al menos las siguientes condiciones internas:*
 - 4.1.3.6.1. *Adecuadas condiciones higiénicas.*
 - 4.1.3.6.2. *Anaqueles para guardar material y equipo, con cerradura segura para que no se abra fácilmente.*
 - 4.1.3.6.3. *El largo del módulo de transporte del paciente, debe ser de al menos dos y medio metros.*
 - 4.1.3.6.4. *Una silla lateral larga con cajón interno y cinturones, que pueda ser utilizada como camilla auxiliar.*
 - 4.1.3.6.5. *Un generador de vacío, para conectar al evacuador.*
 - 4.1.3.6.6. *Una instalación de tubería para el oxígeno, con un cilindro madre, Tipo “M”.*
 - 4.1.3.6.7. *Iluminación interna y un sistema de aire acondicionado.*
- 4.1.3.7. *Las ambulancias o unidades móviles deben contar con equipo de comunicación fijo y portátil, de alcance con su base, u otras centrales de despacho, sin menoscabo de otras formas de comunicación, que permita un flujo rápido de información con la base y los médicos las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año.*
- 4.1.3.8. *La ambulancia o unidad móvil debe contar al menos con el siguiente equipo especializado y materiales, necesarios para la atención del paciente:*
 - 4.1.3.8.1. *Monitor desfibrilador portátil con electrodos, cables y todo lo necesario para su efectivo funcionamiento.*
 - 4.1.3.8.2. *Glucómetro portátil en buen estado, con sus cintas, o frascos con cintas para sangre y orina.*
 - 4.1.3.8.3. *Equipo de entubación endotraqueal (Laringoscopio con 3 hojas, 1, 2 y 3 Miller y o Machintosh y una 0 pediátrica, guías, tubos endotraqueales números 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).*
 - 4.1.3.8.4. *Válvula de demanda de oxígeno.*
 - 4.1.3.8.5. *Conexiones para suero, sangre y microgoteros.*
 - 4.1.3.8.6. *Angiocaths y pericraneales de todos los calibres y tamaños.*
 - 4.1.3.8.7. *Soluciones endovenosas varias (dextrosa al 5%, fisiológico, mixto, dextrosa al 50%, dextrán al 40% y 70%, soluciones pediátricas).*
 - 4.1.3.8.8. *Sistema de nebulización de pared y portátil.*
 - 4.1.3.8.9. *Succionadores o aspiradores portátiles y de pared.*
 - 4.1.3.8.10. *Botiquín especial con stock de paro y otras emergencias a criterio del Médico a cargo del servicio.*
 - 4.1.3.8.11. *Respirador (o ventilador) automático en óptimas condiciones.*
 - 4.1.3.8.12. *Equipo de aspiración portátil y de pared, mecánico o eléctrico.*
 - 4.1.3.8.13. *Resucitador con reservorio y máscaras de tres tamaños.*
 - 4.1.3.8.14. *Cánulas orofaríngeas (tipo Mayo), en seis tamaños.*
 - 4.1.3.8.15. *Férula corta de espalda con fajas de seguridad o KED.*
 - 4.1.3.8.16. *Férulas de tracción (adulto y pediátrico).*

- 4.1.3.8.17. *Juego de inmovilizadores de cabeza para férula larga.*
- 4.1.3.8.18. *Cinco cinturones de seguridad de tres metros de largo por seis centímetros de ancho.*
- 4.1.3.8.19. *Frazadas y sábanas.*
- 4.1.3.8.20. *Oxímetro de pulso.*
- 4.1.3.8.21. *Una camilla para transporte con tres cinturones.*
- 4.1.3.8.22. *Una camilla de lona y tipo Scoop.*
- 4.1.3.8.23. *Una interna de baterías (todo en buen estado).*
- 4.1.3.8.24. *Un extintor portátil de dióxido de carbono (CO²) o polvo químico, el cual debe estar vigente.*
- 4.1.3.8.25. *Dos chalecos reflectantes o una chaqueta tipo jacket.*
- 4.1.3.8.26. *Equipo de comunicación fijo y portátil.*
- 4.1.3.8.27. *Diez bolsas plásticas para recolectar material peligroso.*
- 4.1.3.8.28. *Un estetoscopio.*
- 4.1.3.8.29. *Un equipo completo de oxígeno terapia.*
- 4.1.3.8.30. *Tres cuellos cervicales (grande, mediano y pequeño).*
- 4.1.3.8.31. *Un juego completo de férulas inflables (grande, mediano y pequeño).*
- 4.1.3.8.32. *Un juego de triángulos de seguridad.*
- 4.1.3.8.33. *Un paquete de vasos desechables pequeños.*
- 4.1.3.8.34. *Una caja de guantes de látex.*
- 4.1.3.8.35. *Un recipiente recolector de agujas.*
- 4.1.3.8.36. *Un juego de mascarillas simples, pediátrica y adulto.*
- 4.1.3.8.37. *Un equipo para toma de presión arterial (esfigmomanómetro).*
- 4.1.3.8.38. *Un Botiquín general de primera intervención (BGPI), que contenga:*
 - a) *Rollos de gasa de varios tamaños.*
 - b) *Apósitos de gasa de varios tamaños.*
 - c) *Apósitos especiales para trauma.*
 - d) *Tijeras grandes.*
 - e) *Protector para lengua.*
 - f) *Torunda con alcohol.*
 - g) *Esparadrapo.*
 - h) *Algodón hidrofílico.*
 - i) *Un litro de agua potable sellado.*
 - j) *Jabón líquido.*
 - k) *Tres pañuelos triangulares N° 10.*
 - l) *Una férula larga de espalda con fajas.*
 - m) *Una recipiente con agua estéril.*
 - n) *Un paquete de bolsas plásticas.*
 - o) *Quince bolsitas de azúcar al menos con cinco gramos cada una).*
 - p) *Un juego de cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas.*
- 4.1.3.8.39. *El equipo para atención obstétrica debe tener al menos:*
 - a) *Tres paños pequeños.*
 - b) *Dos sábanas estériles de ciento 190 cm x 80 cm.*
 - c) *Cuatro toallas sanitarias.*
 - d) *Dos cobijas para bebé.*
 - e) *Hilo y pinzas para cordón umbilical.*

- f) *Seis metros de papel de aluminio.*
 - g) *Una tijera estéril.*
 - h) *Dos pinzas tipo mosquito estériles.*
 - i) *Una pera pediátrica.*
- 4.1.3.9. *La organización o institución debe contar con una carreta, para casos de rescate.*
- 4.1.4. *Documentación*
 - 4.1.4.1. *La organización o institución debe tener un expediente de cada ambulancia o unidad móvil, en donde mantenga la documentación, sobre mantenimiento preventivo y correctivo realizado a la misma, además de otra información pertinente.*
 - 4.1.4.2. *La organización o institución debe tener una constancia escrita sobre las condiciones mecánicas de funcionamiento mecánico y eléctrico de cada ambulancia o unidad móvil, emitida por un taller mecánico, de acuerdo a los requisitos establecidos en el Anexo C. El original de esta constancia debe estar en el expediente de cada unidad móvil, una copia en el expediente en el Nivel central del Ministerio de salud y una copia en el taller mecánico evaluador.*
 - 4.1.4.3. *La organización o institución debe tener por escrito, al menos los siguientes documentos:*
 - 4.1.4.3.1. *Un protocolo de atención, coordinación y despacho de incidentes.*
 - 4.1.4.3.2. *Documentación para el respaldo de llamadas.*
 - 4.1.4.3.3. *Un listado de las enfermedades de denuncia obligatoria y contar con los mecanismos correspondientes para llevar a cabo el procedimiento de notificación.*
 - 4.1.4.3.4. *Un ejemplar del Decreto Ejecutivo. Enfermedades de Denuncia Obligatoria N° 14496 - SPPS, de fecha 19 de abril del 1983, publicado en La Gaceta N° 92 del 16 de mayo del 1983.*
 - 4.1.4.3.5. *Protocolos y normas de atención para la atención de incidentes.*
 - 4.1.4.3.6. *Hojas de reporte con un número consecutivo lógico de la atención brindada al paciente, con todos los datos respectivos de dicha atención, estandarizados para todas las unidades de la empresa u organización.*
- 4.1.5. *Gestión*
 - 4.1.5.1. *La organización o institución debe asegurar que las unidades estén en óptimas condiciones de funcionamiento por medio de la realización de una revisión mecánica de las ambulancias o unidades móviles, asegurando el cumplimiento de los requisitos establecidos en el anexo C, al menos cada año para las unidades con menos de diez años y al menos cada seis meses para unidades con más de diez años.*
 - 4.1.5.2. *Los operadores de las oficinas de comunicación, deberán coordinar la labor de sus ambulancias o unidades móviles, no sólo a solicitud de éstas, sino también para asegurar que las necesidades corresponden a una unidad de soporte avanzado.*
 - 4.1.5.3. *La organización o institución debe asegurar que toda hoja de reporte debe contener una cláusula de descargo del no uso del servicio y debe llevar la firma y número de cédula del paciente y un testigo.*
 - 4.1.5.4. *La organización o institución debe asegurar, que las víctimas se clasifican de acuerdo a la clasificación de TRIAGE, por una persona capacitada, ya sea estando presente o por control remoto.*
 - 4.1.5.5. *La organización o institución debe asegurar, que el personal se rige por el Código de Ética y Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.*

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

No se localizaron disposiciones específicas aplicables al caso.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República de Cuba**

<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>

Artículo 43. *El Estado consagra el derecho conquistado por la Revolución de que los ciudadanos, sin distinción de raza, color de la piel, sexo, creencias religiosas, origen nacional y cualquier otra lesiva a la dignidad humana:*

...

- *reciben asistencia en todas las instituciones de salud;*

...

Artículo 50. *Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:*

- *con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicas, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado;*
- *con la prestación de asistencia estomatología gratuita;*
- *con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.*

- **Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983.**

http://www.cubanet.org/ref/dis/41_salud_publica.htm

Artículo 4. *La organización de la salud pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad socialista se basan en:*

- a) El reconocimiento y garantía del derecho de toda la población a que se atienda y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional;*
- b) el carácter estatal de las instituciones, la gratuidad de los servicios de la salud y de la asistencia médica, de acuerdo con las regulaciones que al efecto se establecen;*
- e) el carácter social del ejercicio de la medicina, de acuerdo con los principios de la moral socialista y de la ética médica establecida;*
- ch) la orientación profiláctica como función altamente priorizada de las acciones de salud;*
- d) la planificación socialista;*
- e) la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales;*
- f) la participación activa y organizada de la población en los planes y actividades de salud pública;*
- g) la colaboración internacional en el campo de la salud;*
- h) la prestación de ayuda en el campo de la salud como un deber internacionalista.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Constitución Política de la República de Cuba**

<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>

Artículo 43. *El Estado consagra el derecho conquistado por la Revolución de que los ciudadanos, sin distinción de raza, color de la piel, sexo, creencias religiosas, origen nacional y cualquier otra lesiva a la dignidad humana:*

...

- *reciben asistencia en todas las instituciones de salud;*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizó información.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983.**

http://www.cubanet.org/ref/dis/41_salud_publica.htm

Artículo 18. *En la práctica médica se aplican los medios preventivo-curativos y de rehabilitación aprobados por el Ministerio de Salud Pública.*

Los métodos de diagnóstico que impliquen riesgos, se realizan con la aprobación de los pacientes, excepto en los menores de edad o incapacidad mental, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor, o representante legal en su caso.

Artículo 19. *Las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes, se realizan con la aprobación referida en el artículo anterior.*

No obstante en aquellos casos de carácter urgente en los que peligre la vida del paciente, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos se hacen sin la aprobación antes consignada.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983.**

http://www.cubanet.org/ref/dis/41_salud_publica.htm

Artículo 1. *La presente Ley establece los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social.*

Artículo 2. *La organización de la salud pública y la prestación de los servicios que le corresponde, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones, así como de las Direcciones de Salud de los órganos locales del Poder Popular, dentro de sus respectivas esferas de competencia, conforme establece la legislación.*

Artículo 3. *El Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo la rectoría metodológica, técnica y científica, en la prestación de los servicios, elabora el Plan Ramal de la Salud Pública y regula el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines, fijando las condiciones, requisitos y limitaciones de las mismas.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983.**

http://www.cubanel.org/ref/dis/41_salud_publica.htm

Sección Primera. De la atención médica, preventiva y curativa

Artículo 13. *La atención médica preventivo-curativa a la población se garantiza y se ofrece a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud organizada por niveles de atención, de forma ambulatorio u hospitalaria y de acuerdo con el lugar de residencia, trabajo o estudio y necesidades de la población, según lo establece el Ministerio de Salud Pública.*

La atención médica de urgencia se realiza por los centros asistenciales en la forma y condiciones que se establece por el Ministerio de Salud Pública.

...

Artículo 17. *Los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento que se utilizan en el Sistema Nacional de Salud los aprueba el Ministerio de Salud Pública.*

Artículo 18. *En la práctica médica se aplican los medios preventivo-curativos y de rehabilitación aprobados por el Ministerio de Salud Pública.*

Los métodos de diagnóstico que impliquen riesgos, se realizan con la aprobación de los pacientes, excepto en los menores de edad o incapacidad mental, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor, o representante legal en su caso.

Artículo 19. *Las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes, se realizan con la aprobación referida en el artículo anterior.*

No obstante en aquellos casos de carácter urgente en los que peligre la vida del paciente, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos se hacen sin la aprobación antes consignada.

...

Sección Séptima. De la atención ambulatoria y hospitalaria

Artículo 31. *La atención ambulatoria se brinda en las unidades del Sistema Nacional de Salud creadas para tal fin. El policlínico constituye la unidad fundamental de prestación de servicios de salud, desarrolla actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para una población determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y enfermos, en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general, al igual que sobre el ambiente dentro del territorio a él asignado en coordinación con la unidad o el Centro Municipal de Higiene y Epidemiología.*

Artículo 32. *Las unidades hospitalarias garantizan la asistencia médica a la población, participan activamente en las tareas docentes, desarrollan actividades de educación para la salud y realizan investigaciones científicas.*

Artículo 33. Los Consejos o Comités de actividades científicas forman parte de la estructura orgánica de los hospitales y policlínicos, como órganos asesores de la Dirección y tienen como objeto fundamental evaluar la calidad del trabajo asistencial en función de una mejor atención al paciente y elevar la calidad de la docencia e investigación.

- **Decreto Ley No. 139 de 4 de febrero de 1988, Reglamento de la Ley de la Salud Pública.**
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/decreto_139.pdf

Sección Quinta. De la atención de urgencias.

Artículo 30. La atención médica de urgencia se brindará en unidades de atención ambulatoria. En centros de la red hospitalaria e institutos de investigación y mediante el sistema de transportación de heridos y enfermos.

Artículo 31. La atención médica de urgencia en unidades de atención a enfermedades ambulatorias se brindará dentro del horario normal de trabajo por personal calificado al efecto. Las unidades de atención médica ambulatorias, por sus características, ubicación y tipo de población que atiendan, podrán por decisión de las direcciones sectoriales de Salud de los órganos locales del Poder Popular mantener servicios de urgencia las 24 horas del día, apoyando en este tipo de atención a las áreas de salud que no cuenten con éste. La atención Médica de urgencia en la red hospitalaria se brindará en forma ininterrumpida las 24 horas del día. Así como el servicio de transportación de heridos y enfermos.

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe en Cuba el denominado **Sistema Integrado de Urgencias Médicas de Cuba (SIUM)**. No se localizó la norma que lo crea. A título ilustrativo se incluye información de medios de comunicación:

http://www.tiempo21.cu/hipertextos/sistema_integrado_urgencias_medicas_sium_071224.htm

No se encontraron detalles de su funcionamiento o del sistema telefónico que lo integra.

“El Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) es un programa de atención de urgencias, emergencias y graves que rectoriza desde la Comunidad en el Sistema de Salud a partir de socorristas o con la urgencia en la atención primaria hasta las unidades de las diferentes terapias médicas.

En la Isla las primeras provincias en desarrollar este método de asistencia médica fueron los territorios de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spiritus, Holguín y Pinar del Río, en 1997 ya estaban listas para su funcionamiento.

Este Sistema en el país ha propiciado el descenso progresivo de la mortalidad por asma y enfermedades coronarias, pues antes del surgimiento del SIUM, de los infartados y anginosos que llegaban al hospital espontáneamente moría un 19,6%, mientras ahora, de los que son vistos en el área de salud comunitaria, y después trasladados en ambulancia de emergencia, solo fallece el 6,8, según estudios recientes.

El Sistema Integrado de Urgencias Médicas está diseñado con la organización del sistema de urgencias en el área de la comunidad, integrado por el PPU (servicio de urgencia de mayor calidad adscripto al policlínico) y el resto de las unidades que también las recibe, apoyadas desde centros territoriales y municipales por un servicio de ambulancias.

Con tres tipos de ambulancias cuenta el SIUM las intensivas, con infraestructura de última tecnología y un médico, una enfermera y un paramédico; las intermedias, más convencionales con enfermera y paramédico, y las básicas, utilizadas para el traslado de pacientes que no pueden hacer uso del transporte urbano por sus afecciones.

El SIUM en los dos últimos años ha preparado más de 20 mil personas a nivel nacional, el 30 por ciento de los médicos vinculados a la atención primaria (especialistas en Medicina General Integral) han pasado el curso pre-

hospitalario de Socorrismo, y se labora en la formación de instructores voluntarios para un mayor impacto del socorrismo en la salud de la población de Cuba. ”

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

No se localizaron normas.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

Conforme a la Ley de Salud Pública, la atención médica preventivo-curativa a la población se garantiza y se ofrece a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud organizada por niveles de atención, de forma ambulatorio u hospitalaria y de acuerdo con el lugar de residencia, trabajo o estudio y necesidades de la población, según lo establece el Ministerio de Salud Pública. La atención médica de urgencia se realiza por los centros asistenciales en la forma y condiciones que se establece por el Ministerio de Salud Pública (artículo 13). La atención médica es gratuita aún para los ciudadanos extranjeros que residen permanentemente en el territorio nacional. En este sentido no aplica un sistema de reembolso de gastos.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución de la República del Ecuador.**

<http://www.ecuanex.net.ec/constitucion/>

Artículo 32. *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*

- **Ley No. 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002.**

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/R.O.Septiembre.25.2002.htm#anchor296923>

Artículo 3. *La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.*

....

Artículo 7. *Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Constitución de la República del Ecuador de 2008.**

<http://www.ecuanex.net.ec/constitucion/>

Artículo 365. *Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.*

- **Ley No. 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002.**

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/R.O.Septiembre.25.2002.htm#anchor296923>

Artículo 7. *Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:*

...

- j) *Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;*

- **Ley de Derechos y Amparo del Paciente No. 7 de 3 de febrero de 1995**

http://www.programamujerescdh.cl/media/documentacion/archivos/Ecuador_salud1.doc.

Artículo 7. *SITUACIÓN DE EMERGENCIA. Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.*

Artículo 8. *Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Ley de Derechos y Amparo del Paciente No. 7 de 3 de febrero de 1995.**

http://www.programamujerescdh.cl/media/documentacion/archivos/Ecuador_salud1.doc.

Artículo 7. *SITUACIÓN DE EMERGENCIA. Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.*

Artículo 8. *Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.*

Artículo 15. *Es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.*

- **Ley No. 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002.**

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/R.O.Septiembre.25.2002.htm#anchor296923>

Artículo 7. *Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:*

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;*
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;*
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;*
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales así como a sus derechos sexuales y reproductivos;*
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;*
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;*
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;*
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública;*
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;*
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;*
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,*
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.*

- **Ley de Derechos y Amparo del Paciente No. 7 de 3 de febrero de 1995.**

http://www.programamujerescdh.cl/media/documentacion/archivos/Ecuador_salud1.doc

Capítulo II. Derechos del paciente

Artículo. 2. DERECHO A UNA ATENCIÓN DIGNA. *Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*

Artículo 3. DERECHO A NO SER DISCRIMINADO. Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Artículo 4. DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Artículo 5. DERECHO A LA INFORMACIÓN. Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Artículo 6. DERECHO A DECIDIR. Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Capítulo III. Amparo al paciente en situaciones de emergencia

Artículo 7. SITUACIÓN DE EMERGENCIA. Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Artículo 8. Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Artículo 9. Se prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.

Artículo 10. El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

Artículo 11. Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de (sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Capítulo IV. Sanciones por falta de atención en situaciones de emergencia

Artículo 12. Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Artículo 13. *Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años.*

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Constitución de la República del Ecuador de 2008.**

<http://www.ecuanex.net.ec/constitucion/>

Artículo 3. *Son deberes primordiales del Estado:*

1. *Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.*

...

Artículo 261. *El Estado central tendrá competencias exclusivas sobre:*

1. *La defensa nacional, protección interna y orden público.*
2. *Las relaciones internacionales.*
3. *El registro de personas, nacionalización de extranjeros y control migratorio.*
4. *La planificación nacional.*
5. *Las políticas económica, tributaria, aduanera, arancelaria; fiscal y monetaria; comercio exterior y endeudamiento.*
6. *Las políticas de educación, salud, seguridad social, vivienda.*

...

Artículo 358. *El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.*

Artículo 359. *El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.*

Artículo 360. *El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.*

Artículo 361. *El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.*

Artículo 362. *La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los*

servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Artículo 363. *El Estado será responsable de:*

1. *Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*
2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
3. *Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.*
4. *Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*
5. *Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*
7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*
8. *Promover el desarrollo integral del personal de salud.*

Artículo 364. *Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.*

Artículo 365. *Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.*

Artículo 366. *El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.*

- **Ley No. 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002.**

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/R.O.Septiembre.25.2002.htm#anchor296923>

Artículo 9. *Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:*

- a) *Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en nacional;*
- b) *Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población;*
- c) *Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos;*

- d) *Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente;*
- e) *Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;*
- f) *Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH-SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva;*
- g) *Impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas;*
- h) *Garantizar la asignación fiscal para salud, en los términos señalados por la Constitución Política de la República, la entrega oportuna de los recursos y su distribución bajo el principio de equidad: así como los recursos humanos necesarios para brindar atención integral de calidad a la salud individual y colectiva;*
- i) *Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.*

GARANTÍA DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Ley No. 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002.**
<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/R.O.Septiembre.25.2002.htm#anchor296923>

Artículo 8. *Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:*

...

- e) *Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e interrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;*

...

- i) *Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.*

...

Artículo 180. *La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.*

Artículo 181. *La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley.*

• **Acuerdo Ministerial No. 305 del 3 de junio de 2008, Crea el Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas CIREM**

http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=4569&Itemid=496

Artículo 1. *Declarase como Política Nacional la atención prioritaria y de calidad a todas las personas en el área pre-hospitalaria y de unidades de salud públicas y privadas en el ámbito Nacional, en relación a las emergencias médicas.*

Artículo 2. *Créase el Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas, CIREM para la ejecución de la Política Nacional; que será el encargado de aplicar las directrices de las Políticas de la Red de Emergencias Médicas en el País, con la participación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, organismos de socorro y demás que se requieran.*

Artículo 3. *Créase el Subcomité Técnico en Planta Central del Ministerio de Salud, Proceso Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional DIPLASEDE, que será el encargado de la planificación, coordinación, vigilancia y evaluación de la atención en emergencias médicas, en el accionar de las instituciones que ofertan atención de emergencia y áreas críticas, red de ambulancias, evacuación búsqueda y rescate, en casos de emergencias y desastres.*

Artículo 4. *El Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas CIREM, estará integrado a nivel Nacional por:*

- *Ministra/o de Salud, quien lo presidirá o su delegado/a que será el/la Director/a de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud.*
- *Director/a de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional DIPLASEDE del Ministerio de Salud Pública, que actuará en la Secretaría Técnica.*
- *Director/a de Control y Mejoramiento en Gestión de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, en representación de los servicios de salud pública.*
- *Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud;*
- *Presidente de la Asociación de los Hospitales y Clínicas Privadas.*
- *Representante de los organismos de socorro pre-hospitalario del país.*
- *Representante de los servicios de ambulancias privadas.*
- *Presidentela Nacional de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina de Emergencias, Pre-hospitalaria y Gestión del Riesgo en Desastres.*
- *Director Nacional del Seguro de Salud Individual y Familiar de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS.*
- *Director Nacional de Sanidad de la Policía Nacional.*
- *Director de Sanidad Militar.*

Artículo 5. *El Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas CIREM a nivel provincial se conformará de la siguiente manera:*

- *Director/a Provincial de Salud quien lo presidirá.*
- *El Coordinador del CIREM, que será el Punto Focal de Desastres de la Dirección Provincial de Salud, quien ejercerá las funciones de la Secretaria Técnica.*
- *Prefecto Provincial o su delegado.*
- *El Presidentela Regional de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina de Emergencias, Prehospitalaria y Gestión del Riesgo en Desastres.*

- *Alcalde de la capital provincial.*
- *Jefe Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS.*
- *Representante de Sanidad de la Policía Nacional.*
- *Director de Sanidad Militar.*
- *Representante de las clínicas y hospitales privados.*
- *Representante de los organismos de socorro.*
- *Representante de los servicios de ambulancias privadas.*

Artículo 6. *El Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas CIREM a nivel cantonal, se conformará de la siguiente manera:*

- *El Jefe/a del área de Salud, quien lo presidirá; (en el caso que existan 2 o más jefes de áreas, será el Director Provincial de Salud quien de entre ellos designe al representante).*
- *Alcalde del cantón, o su delegado técnico el Director de Higiene Municipal. En el caso del Distrito Metropolitano de Quito, el delegado será el/a Secretario/a de Desarrollo Social.*
- *Un representante de las instituciones de Salud que prestan atención médica en emergencias prehospitalaria y hospitalaria en el cantón.*

Artículo 7. *El Secretario será designado por el Jefe de Área de Salud que presida el comité.*

Artículo 8. *Al Subcomité Técnico se le faculta lo siguiente:*

En coordinación con la Dirección General de Salud definir e implementar las normas técnicas de atención de emergencias; protocolos de atención de emergencias, manuales de atención de emergencias y otros instrumentos técnicos referentes al área de intervención; monitoreo y evaluación de procesos, los que serán presentados para su aprobación al Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas, CIREM, para la toma de decisiones a nivel nacional, en coordinación con las diferentes instancias técnicas del Ministerio de Salud Pública y las otras instituciones del sector salud y afines al tema.

Conformar grupos técnicos de trabajo con profesionales en cada Dirección Provincial:

- *Punto focal de desastres, quien lidere.*
- *Equipo de pronta respuesta.*
- *Coordinar interinstitucionalmente con las instituciones que trabajen en Emergencias a nivel Nacional, para la conformación de los Comités Interinstitucionales de la Red de Emergencias Médicas (CIREM) en cada provincia, quienes se encargarán de implementar y operativizar la política emanada por la Autoridad Sanitaria.*
- *Promover la participación ciudadana como un ente de veeduría social en la atención de las emergencias médicas.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe una Central de Emergencia 911 pero no se localizó la norma que lo crea.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

No se localizó normativa.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD A Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Ley No. 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002.**

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/R.O.Septiembre.25.2002.htm#anchor296923>

Artículo 186. *Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.*

Una vez que el paciente haya superado la emergencia, el establecimiento de salud privado podrá exigir el pago de los servicios que recibió.

Artículo 187. *Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, cuya imposibilidad de pago esté debidamente comprobada, se deducirán del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.*

Artículo 188. *La autoridad sanitaria nacional, regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados apliquen las normas de prevención*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución de la República de El Salvador.**
<http://www.georgetown.edu/pdba/Constitutions/ElSal/ElSal83.html>

Salud Pública y Asistencia Social

Artículo 65. *La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.*

Artículo 66. *El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.*

Artículo 67. *Los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de administración hospitalaria.*

Artículo 68. *Un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo. Estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario; tendrá un Presidente y un Secretario de nombramiento del Órgano Ejecutivo, quienes no pertenecerán a ninguna de dichas profesiones. La ley determinará su organización.*

El ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión. Estos organismos tendrán facultad para suspender en el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control, cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad. La suspensión de profesionales podrá resolverse por los organismos competentes con sólo robustez moral de prueba.

El Consejo Superior de Salud Pública conocerá y resolverá de los recursos que se interpongan en contra de las resoluciones pronunciadas por los organismos a que alude el inciso anterior.

Artículo 69. *El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia. Asimismo el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar.*

Artículo 70. *El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.*

- **Decreto Legislativo No. 442 del 26 de octubre de 2007, Crea el Sistema Nacional de Salud.**
<http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/7f5f4566f9a705d386256d48006f5ade/fda39efb5c9ded45062573a-70062fe6c>

Artículo 1. *Créase el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, en adelante SNS o “el Sistema”, que estará constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.*

...

Artículo 3. *El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Decreto No. 955 de 28 de abril de 1988, publicado el 11 de Mayo de 1988. Código de Salud.**

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf

Artículo 33. *Son obligaciones de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes:*

...

d) *Atender inmediatamente casos de emergencia para los que fueren requeridos;*

...

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron normas.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

No se localizó una norma general que se refiera al derecho de los pacientes. Algunas instituciones de salud han emitido cartas del Derecho de los Pacientes aplicables dichas instituciones y se menciona a título de ejemplo:

- **Derechos y Deberes del Paciente del Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raul Arguello Escollan.**

<http://www.hnm.gob.sv/default.aspx?pg=576fd05f-63f6-400f-baea-35995c7cea0c>

- **Guía Técnica para los Servicios de Atención Prehospitalaria. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Dirección de Regulación, Dirección de Vigilancia de la Salud. El Salvador, Diciembre de 2008.**

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_servicios_atencion_prehospitalaria.pdf

4.4. Consideraciones éticas y legales

De acuerdo con la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, en su artículo tres, se menciona que “ El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucio-

nal de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social “.

En concordancia con las características antes señaladas, independientemente de las creencias y tradiciones religiosas, culturales y sociales, la atención en caso de emergencias debe basarse en los siguientes principios universales:

- Profesionalismo y Humanismo
- Autonomía del paciente
- Confidencialidad
- Neutralidad
- Inmunidad

Profesionalismo y humanismo

Este principio se refiere a que los proveedores de servicios de atención prehospitalaria y hospitalaria, tienen la obligación ética de actuar por el bien de sus pacientes y deben respetar los límites de su formación y no intentar llevar a la práctica procedimientos para los cuales no están calificados.

Autonomía del paciente

No se deben forzar a los pacientes que tengan pleno uso de sus facultades mentales y que puedan tomar decisiones a que acepten tratamientos o traslados contra su voluntad. Si el tratamiento implica un riesgo significativo se le deben explicar estos riesgos en términos que el paciente pueda comprender. En casos que el paciente no puede tomar sus propias decisiones los rescatistas supondrán el consentimiento y le deben proporcionar la atención correspondiente.

Confidencialidad

El personal de atención de la salud debe de respetar los derechos de confidencialidad de los pacientes a excepción de que exprese claramente la intención de dañar a otras personas o a sí mismo. Los proveedores de atención prehospitalaria también deben de respetar la confidencialidad de los transeúntes que prestaron los primeros auxilios o cualquier persona que haya pedido ayuda.

Neutralidad

Los proveedores de atención prehospitalaria al rescatar a una víctima nunca deberán “tomar partido” en conflictos que generen víctimas que requieran atención de emergencia, por lo que se les debe permitir prestar primeros auxilios sin que ninguna de las partes lo considere un acto parcial.

Responsabilidad

No se debe responsabilizar penalmente a los proveedores de servicios de atención prehospitalaria en casos de muerte, enfermedad o incapacidad temporal o permanente; a excepción de los casos en que se demuestre una negligencia, impericia, imprudencia o abandono, en los que se aplicará la sanción correspondiente de conformidad a lo establecido en el Código Penal. Esta es la mejor forma de incentivar a que se actúe con firmeza para salvar vidas y atenuar el riesgo de discapacidad.

- **Norma Técnica para los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales**
http://www.mspas.gob.sv/pdf/DOC_INFORMACION/NORMA_HOSPITALES/norma_hospitales_3.pdf

Contiene normas para la confección de fichas, archivos y documentos médicos de Hospitales.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Decreto No. 955 de 28 de abril de 1988, publicado el 11 de Mayo de 1988. Código de Salud.**
<http://www.salud.gob.sv/index.php/servicios/descargas/documentos/Documentación-Institucional/Código-de-Salud-Leyes-y-Reglamento/Código-de-Salud/>

Artículo 7. *El Consejo Superior de Salud Pública, es una corporación del Derecho Público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios y tanto él como las Juntas de Vigilancia gozarán de autonomía en sus funciones y resoluciones. Para los demás fines prescritos, en este Código, el Consejo se relacionará con los organismos públicos a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

...

Artículo 14. *Son atribuciones del Consejo:*

- Velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;*
- Vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencias del Estado, cuyas actividades se relacionan con la salud del pueblo, presentando al Ministerio las recomendaciones para su perfeccionamiento señalando específicamente las anomalías que deban corregirse;*
- Contribuir al progreso de los estudios de las profesiones y disciplinas relacionadas con la salud Pública, por los medios que estime más prácticos y eficaces, prestando su colaboración a la Universidad de El Salvador y demás Universidades e Instituciones dedicadas a la enseñanza de las profesiones y señalando las mejoras a introducir en los planes de estudio, métodos de enseñanza y demás medios encaminados a esa finalidad;*
- Autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva la apertura y funcionamiento de los centros de formación profesional relacionados con la salud del pueblo. Este informe debe ser rendido dentro de los treinta días a partir de la recepción de la documentación por la respectiva Junta. En caso de no rendirlo el Consejo resolverá sin necesidad de él;*
- Autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva, la apertura y funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínico-biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia social, gabinetes ópticos, laboratorios de prótesis dental y ventas de medicinas en lugares donde no existe farmacia o que éstas se encuentren a más de 2 kilómetros del lugar donde se pretende abrirlas y los dedicados al servicio y atención de la salud; y a su clausura por infracciones a este Código o sus reglamentos.
 Estos establecimientos son de utilidad pública en consecuencia el cierre de los mismos, sólo podrá efectuarse por resolución del Consejo. (4)*
- Llevar un registro público para la inscripción de los establecimientos que autorice de conformidad a los literales ch) y d) de este artículo.*

- f) *Elaborar los proyectos de Reglamentos previo informe de las Juntas de Vigilancia, a que están sometidos los organismos y establecimientos bajo su control y enviarlos al Órgano Ejecutivo por medio del Ministerio para su aprobación.*
El informe a que se refiere este literal deberá ser rendido en los 30 días siguientes al de la notificación respectiva. (4)
- g) *Autorizar la inscripción, importación, fabricación y expendio de especialidades Químico-Farmacéuticas, suplementos vitamínicos y otros productos o sustancias que ofrezcan una acción terapéutica fabricadas en el país o en el extranjero, con o sin receta previa y previo informe favorable de las Juntas respectivas y siempre que cumplan los requisitos ya especificados en el correspondiente reglamento. La venta de los productos antes mencionados al consumidor, solamente podrá realizarse en las farmacias y ventas autorizadas de medicinas siempre que cumplan los requisitos ya especificados en el correspondiente reglamento. Si el Consejo no estuviere de acuerdo con el informe rendido, mandará oír a la Junta y al interesado en el término de 30 días contados estos a partir de la rendición del informe, concluidos los cuales resolverá con votación calificada. Todos los informes solicitados por el Consejo a las Juntas respectivas, deberán ser rendidos dentro del plazo de 30 días contados a partir de la fecha de la recepción de la solicitud y en caso contrario, el Consejo impondrá a cada uno de los integrantes de la Junta una multa que oscilará entre los cien y quinientos colones según la gravedad de la infracción.*
Lo dispuesto en el inciso anterior se aplicará a todos los casos en que las Juntas deben rendir informe solicitado. (1)(4)
- h) *Las autorizaciones concedidas para el expendio de Especialidades, productos oficinales y cosméticos, cuando apareciere o se comprobare que éstas constituyen un peligro para la salud o cuando no respondan a la finalidad para las cuales son ofrecidas al público, previa audiencia al infractor pudiendo para tal efecto, cancelar previo informe de las Juntas respectivas. (4)*
- i) *Llevar un registro público de las autorizaciones, de las especialidades químico farmacéuticas, cosméticos y otras sustancias que ofrezcan acción terapéutica.*
El Consejo revisará periódicamente el listado de registros, a fin de depurar las autorizaciones concedidas previo informe favorable de las Juntas de Vigilancia respectivas, con el propósito de que en el país se dispensen productos beneficiosos para la salud de la población, debiendo hacerlo por lo menos una vez cada tres años. (4)
- j) *Establecer y regular previo informe de las Juntas respectivas el servicio obligatorio de turno, para médicos y para los establecimientos médicos y farmacéuticos;*
- k) *Regular previo informe de las Juntas respectivas la importación y consumo de opio, morfina, cocaína, sus sales y derivados, así como toda otra sustancia o producto químico cuyo uso sea capaz de crear hábitos nocivos a la salud; extender las licencias necesarias y cumplir con las obligaciones establecidas en convenios internacionales;*
- l) *Conocer en última instancia de los recursos que se interpongan de las resoluciones pronunciadas por las Juntas y organismos relacionados con la salud;*
- ll) *LITERAL DEROGADO. (4)*
- m) *Proponer su reglamento interno y sus reformas al Órgano Ejecutivo por medio del Ministerio;*
- n) *Calificar previamente a su publicación o difusión la propaganda de todos los productos que se han de ofrecer al público como medio de prevención y curación de las enfermedades, promoción o restablecimiento de la salud, evitando que tal propaganda implique omisión, exageración, inexactitud o que puedan inducir al consumidor a engaño, error o confusión sobre el origen del producto, los componentes o ingredientes, los beneficios o implicaciones de su caso; evitando que tal propaganda abuse de la buena fe y credibilidad de las personas. (4)*
- ñ) *Vigilar o controlar el anuncio al público de servicios profesionales que se relacionen con la salud;*
- o) *Colaborar con el Órgano Ejecutivo en los ramos correspondientes y Organismos de Vigilancia respectivos, en la elaboración de las leyes y reglamentos relacionados con la salud. (4)*

- p) *Elaborar el proyecto de su presupuesto y coordinar los que remitan las Juntas, para proponerlos al Órgano Ejecutivo por medio del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social; y*
- q) *Las demás atribuciones que le señale el presente Código y sus respectivos reglamentos.*
- r) *Asegurarse que las respectivas Juntas realicen las inspecciones de buena práctica de manufacturas y de laboratorios en aquellos establecimientos que se dediquen a la elaboración de los productos mencionados en el literal “g” de este artículo, así como aquellas que prestan servicios al público en las cuales se realicen actividades que tengan relación directa con la salud de los usuarios, para lo cual deberán revisar documentación, equipo y otras que a su juicio consideren necesario. (4)*
- s) *Hacer del conocimiento, por medio de las Juntas respectivas, a los profesionales de la salud y a las droguerías y farmacias, el listado de los medicamentos que hayan sido prohibidos en su país de origen o determinados de alto riesgo, de acuerdo al procedimiento establecido en el literal “h” de este mismo artículo. (4)*
- t) *Comisionar a la Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutica, para que pueda constatar periódicamente que todos los productos a los que se refiere el literal g) del presente artículo, lleven junto a la marca comercial del producto, la denominación genérica del o los principios activos que contienen y se señale además la fecha de su elaboración, caducidad y número de lote; esta información deberá destacarse de forma adecuada en la literatura respectiva.*
En los casos de productos que son dispensados con receta médica, se exigirá además que el facultativo incorpore en la receta el nombre genérico del producto junto al nombre comercial. (4)
- u) *Cerciorarse para beneficio de una mejor atención de la salud, que los establecimientos mencionados en el literal d), deben tener como responsables o regentes del mismo a profesionales especializados en la actividad científica que deben desarrollar, sea o no académico su propietario; esta disposición no se aplicará en las ventas de medicinas, caso contrario el Consejo previo informe de la Junta respectiva, ordenará al propietario del establecimiento subsane la anomalía encontrada y caso no sea corregida, el Consejo ordenará su clausura. (4)*
- v) *Autorizar los traslados o cambios de domicilio de los establecimientos mencionados, en el literal d) del Artículo 14. (4)*
- x) *Autorizar la introducción al país de medicamentos que instituciones u organismos extranjeros envíen en calidad de donación y de acuerdo a las normas que se establezcan. (1)(4)*

Reformas:

- (1) D L. No. 294. de; 27 de julio de 1989, publicado en el D.O. No. 140, Tomo 304, del 28 de julio de 1989,
- (4) D.L. No. 730, del 1 de diciembre de 1993, publicado en el D.O. No. 7, Tomo 322, del 11 de enero de 1994*

*** Nota**

Inicio de nota

En el Decreto anterior (730) su Artículo 18 menciona la Derogatoria del Decreto Legislativo No. 369 del 23 de agosto de 1966, que se publicó en el Diario Oficial No. 165, Tomo 200, del 5 de septiembre de 1963, pero dicho Decreto no se encuentra en el contenido del presente Código ya que el mismo entró en vigencia a partir del año 1988.

- **Decreto Legislativo No. 442 del 26 de octubre de 2007, Crea el Sistema Nacional de Salud.**
<http://www.csj.gov.sv/leyes.nsf/7f5f4566f9a705d386256d48006f5ade/fda39efb5c9ded45062573a-70062fe6c>

Artículo 6. *El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante el Ministerio, en su función de rectoría, coordinará la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los miembros del Sistema Nacional de Salud.*

Las directrices emitidas por el ente rector en aplicación de la política aprobada tendrán carácter obligatorio, pero no podrán transgredir las limitaciones y objetivos específicos de cada institución integrante del sistema, según lo establecido en los cuerpos legales que rigen a dichas instituciones.

Corresponderá al Ministerio la planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de dicha política y sus directrices.

La Política Nacional de Salud deberá ser evaluada por lo menos una vez al año de manera conjunta por el Ministerio y los miembros, los que aprobarán las respectivas modificaciones o ajustes. También determinará el grado de cumplimiento de la política por parte de los miembros del sistema.

...

Artículo 8. *Para hacer efectiva la adecuada ejecución de la Política Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud, en virtud de lo cual le compete coordinar, conducir y controlar el Sistema.*

Podrá coordinar directamente con las entidades que integran el Sistema y colaboradores del mismo, para la correcta ejecución de la política.

Funciones del ente rector

Artículo 9. *Sin perjuicio de las competencias establecidas en el Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del SNS:*

- a) *La formulación y conducción de la Política Nacional de Salud y de las acciones del Sistema, articulada con los otros sectores;*
- b) *La regulación del funcionamiento y coordinación del Sistema Nacional de Salud;*
- c) *La planeación estratégica y promoción intersectorial de la salud, estableciendo mecanismos de participación y generación de consensos;*
- d) *Supervisar la emisión de las normativas necesarias sobre todo lo relacionado con la salud de la población, por parte de las entidades integrantes del sistema, las cuales deberán emitir dichas normativas de conformidad a las potestades y limitaciones establecidas en sus respectivas leyes de creación.*
- e) *Supervisar y controlar el cumplimiento de la normativa dentro de los objetivos y metas del Sistema Nacional de Salud y emitir las recomendaciones pertinentes;*
- f) *Definirlos lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral;*
- g) *Las funciones de coordinación intersectorial; y*
- h) *La emisión de reglamentos y normas para la organización del Sistema Nacional de Salud.*

• Resolución Ministerial No. 750 del 2000: Organigrama General del MSPAS.

http://www.mspas.gob.sv/resol_organograma.asp#Resolución

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

• Decreto Ejecutivo No. 82 del 17 de julio de 2008, Reglamenta la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud para su implementación y cumplimiento.

<http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/ef438004d40bd5dd862564520073ab15/78daf7f80e28f999062574a2006eba5b?OpenDocument>

Artículo 4. Sin perjuicio de las funciones que establezcan sus propios cuerpos normativos y las establecidas en la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, las instituciones del Sistema desarrollarán las siguientes acciones:

- a) Desarrollar los mecanismos para ampliar la cobertura de servicios de salud, en los tres niveles de atención, con prioridad en el primer nivel de atención;
- b) Desarrollar los mecanismos para garantizar la calidad, calidez, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud a la población;
- c) Establecer los componentes del modelo de atención con un enfoque de salud familiar;
- d) Definir y garantizar las prestaciones de salud específicas para cada nivel de atención de manera continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos; así como mecanismos de evaluación y realimentación que aseguren su eficacia;
- e) Establecer un sistema de referencia y retorno entre los tres niveles de atención para la entrega efectiva de servicios a la población;
- f) Establecer las directrices para desarrollar programas permanentes de educación en salud para la población, que promuevan la práctica de estilos de vida saludables;
- g) Establecer las directrices para la conformación de un sistema para la atención de emergencias médicas en todo el territorio nacional;
- h) Suscribir convenios de cooperación entre los miembros del Sistema y los que se establezcan con los colaboradores de éste para garantizar la prestación de servicios de salud a la población; e,
- i) Promover y colaborar en la investigación y el desarrollo en el campo de la ciencia de la salud con las instituciones correspondientes.

...

Niveles de atención

Artículo 27. Los miembros del Sistema, según su propia normativa, organizarán su red de prestación de servicios en tres niveles de atención, de acuerdo a criterios de capacidad instalada, capacidad resolutive, territorio, población y oferta de servicios, entre otros.

Para la provisión de los servicios de salud se establecen los siguientes niveles, complementarios entre sí para garantizar la continuidad en la atención:

- a) **Primer Nivel de atención:** Conformado por los medios, recursos y prácticas organizados para brindar servicios de promoción y educación en salud, prevención del riesgo, así como para el tratamiento ambulatorio y oportuno de las enfermedades más frecuentes de la población adscrita;
- b) **Segundo Nivel de atención:** Conformado por los medios, recursos y prácticas de mediana complejidad organizados en especialidades básicas, tales como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, especialidades complementarias con sus respectivos servicios de apoyo, en las áreas de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y rehabilitación; y,
- c) **Tercer Nivel de atención:** Conformado por los medios, recursos y prácticas de alta complejidad y especialización con sus respectivos servicios de apoyo, organizados para brindar servicios en las áreas de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y rehabilitación.

- **Guía Técnica para los Servicios de Atención Prehospitalaria. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Dirección de Regulación, Dirección de Vigilancia de la Salud. El Salvador, Diciembre de 2008.**

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_servicios_atencion_prehospitalaria.pdf

2.1. Objetivo General:

Establecer los lineamientos técnicos para los servicios de atención de las emergencias prehospitalarias a las personas, ya sean por emergencias médicas o traumas ocasionados por accidentes, desastres de origen natural o provocados por el hombre.

2.2. Objetivos Específicos:

- a) Definir los requisitos de capacitación técnica del recurso humano responsable de los servicios para la atención prehospitalaria.*
- b) Definir los elementos básicos de recursos físicos y materiales para el manejo prehospitalario de las emergencias.*
- c) Establecer los niveles de respuesta para la Atención Prehospitalaria de las emergencias.*
- d) Establecer las consideraciones éticas y legales en relación a la Atención Prehospitalaria.*
- e) Proponer para su implementación las medidas de bioseguridad y autoprotección a las personas que participan en la Atención Prehospitalaria.*

...

El Servicio de Atención Prehospitalaria (SAPH), debe estar constituido por 4 niveles de respuesta, fundamentados en los recursos disponibles, la capacitación y adiestramiento de los recursos humanos que brindan la atención. De acuerdo con estos criterios los niveles son 4:

(Ver anexo 1)

3.1. Nivel Comunitario de Respuesta:

Son todas aquellas acciones de respuesta inicial para la atención de víctimas que son implementadas por miembros de la comunidad, aplicando medidas sencillas y eficaces llamadas primeros auxilios, mientras la víctima pasa a ser asistida por un nivel superior de atención. Este nivel de respuesta integra 3 componentes:

- 1. La comunidad.*
- 2. El individuo y sus organizaciones tales como gubernamentales y no gubernamentales (ejemplo: municipales y privadas).*
- 3. Primeros Auxilios.*

Las instituciones de emergencia deben fortalecer la atención a nivel comunitario a través del desarrollo de capacidades, aptitudes y prácticas en miembros de la comunidad impartiendo cursos de primeros auxilios elementales de manera continua y permanente. Por ende, es compromiso de la comunidad proporcionar los primeros auxilios elementales y activar el Servicio de Emergencias Médicas (SEM), haciendo uso de cualquier medio local disponible o establecido. El tipo de ambulancia requerida en este nivel es la Tipo C. El Sistema Educativo Formal debe considerar la formación teórica práctica en primeros auxilios dentro de sus programas regulares de estudio.

3.2. Nivel Básico de Respuesta:

Lo constituye el soporte vital básico, que son las medidas mínimas necesarias aplicadas para estabilizar la condición de una víctima de un trauma importante o una enfermedad crítica. No incluye el acceso vascular ni los fármacos. Es realizado por recurso humano de formación básica (Asistentes de Primeros Auxilios Avanzados, APAA) con la utilización de materiales e insumos y la aplicación de protocolos o guías de manejo. El nivel básico de respuesta requiere de ambulancias tipo B.

3.3. Nivel Avanzado de Respuesta:

Son todas aquellas acciones de respuesta a una emergencia médica fuera del ambiente hospitalario que tienen como finalidad la aplicación del Soporte Vital Avanzado para el manejo de condiciones que ponen en peligro en forma inmediata la vida y/o las funciones vitales de la víctima. Esta respuesta integra: recursos humanos calificados, equipos de respuesta vital avanzada, y protocolos o guías de manejo.

El Soporte Vital Avanzado consiste en medidas de índole médico aplicadas a una víctima que ha sufrido un trauma o una condición médica grave que incluye: dominio de conocimientos, habilidades específicas y procedimientos; implementación o aplicación de técnicas invasivas y no invasivas, con el objeto de estabilizar la condición hemodinámica y ventilación del paciente. El nivel avanzado de respuesta requiere de ambulancias tipo A.

3.4. Nivel de Respuesta Médica:

Son todas las acciones de asistencia a una emergencia médica que integra, bajo normas y guías de manejo establecidas: Personal Médico debidamente capacitado y equipos e instrumental de cuidados a pacientes críticos. Este nivel de respuesta comprende las siguientes unidades funcionales:

- a. *Ambulancias de respuesta Médica o tipo A (ver anexo 2).*
- b. *Centros de atención de emergencias.*
- c. *Unidades hospitalarias de emergencia (Las Unidades Hospitalarias son consideradas como la primera etapa de la atención hospitalaria). El nivel de respuesta médica debe ser responsabilidad de las instituciones formalmente consideradas dentro del Sistema de Salud, Organizaciones No Gubernamentales y otras instituciones privadas que prestan servicios de salud.*

Guía técnica para los servicios de atención prehospitalaria

4. Contenido Técnico

Para los efectos de la presente Guía Técnica se desarrollan los siguientes apartados:

4.1. Elementos del Nivel Básico de Respuesta. *Con el objeto de proporcionar el nivel básico de respuesta en forma adecuada y oportuna se requieren de los siguientes recursos:*

4.1.1. Recursos Humanos.

Se debe contar con personal capacitado en la atención prehospitalaria, que haya recibido el curso de Asistente de Primeros Auxilios Avanzados (APAA), quien es el primero en responder a las emergencias potencialmente mortales. Proporciona soporte vital básico a los pacientes que requieren asistencia médica de emergencias.

La capacitación de recursos humanos en primeros auxilios y la formación de APAA debe ser responsabilidad de instituciones certificadas con personal calificado; estas instituciones deben llevar el registro y control de los recursos humanos capacitados e informar periódicamente a las Autoridades Superiores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

4.1.2. Recursos Materiales.

Estos elementos deben estar disponibles para todo paciente que los necesite sin distinción, en particular en las urgencias que ponen en peligro la vida, deben estar a la mano en todo momento, en el sitio pertinente. Se debe garantizar su existencia y buen funcionamiento. Entre los materiales e insumos para respuesta básica se consideran tres componentes;

1. *Ambulancia de respuesta básica o tipo C (ver anexo 2).*
2. *Materiales para respuesta básica (ver anexo 3).*
3. *Protocolos o guías clínicas de asistencia básica.*

4.1.3. Actividades.

Los recursos humanos y materiales se conjugan para proporcionar el soporte vital básico y generan la realización de las siguientes actividades:

1. *Recepción de llamada de emergencia a través del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de cada institución prestadora de la atención prehospitalaria la cual comprende:*
 - a) *Recolección y procesamiento de información proporcionada durante la Llamada. La Dirección General de Protección Civil de El Salvador utiliza una hoja electrónica de recolección de datos para la toma de decisiones oportunas, (ver anexo 4).*
 - b) *Evaluación cualitativa y cuantitativa de la emergencia de acuerdo con su magnitud y trascendencia.*
2. *Despacho de la respuesta que comprende: Decisión y selección del personal, recursos y equipos que acudirán al lugar del incidente.*
3. *En el lugar de la escena antes de iniciar con la atención del incidente se debe:*
 - a) *Evaluar la escena, considere:*

- ¿Cuál es la naturaleza del incidente?
 - ¿Que sucedió?
 - ¿Qué amenazas están presentes?
 - ¿De qué tamaño es el área afectada?
 - ¿Cómo se podría aislar el área?
 - ¿Qué lugares podrían ser adecuados para Puesto de Comando, Área de Espera y Área de Concentración de Víctimas?
 - ¿Qué rutas de acceso y de salida son seguras para el flujo de personal y equipo?
 - ¿Cuáles son las capacidades presentes y futuras en términos de recursos y organización?
 - ¿Como podría evolucionar?
- b) *Asegurar la escena. La escena se asegura a través de un perímetro de seguridad, para ello se consideran los siguientes aspectos:*
- Tipo de incidente.
 - Tamaño del área afectada.
 - Topografía.
 - Localización con relación a las vías de acceso y áreas disponibles alrededor.
 - Áreas sujetas a derrumbes.
 - Explosiones potenciales.
 - Caída de escombros y cables eléctricos.
 - Condiciones atmosféricas.
 - Posible ingreso y salidas de vehículos.
 - Coordinar la función de aislamiento perimetral con el organismo de seguridad correspondiente.
4. *Activar los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) y en caso de situaciones de mayor magnitud se debe activar el Sistema de Comando de Incidentes (SCI), (ver anexo 5).*
 5. *Evaluación inicial y clasificación de la o las víctimas (TRIAGE, en el lugar del incidente o en el ACV). (ver anexo 6)*
 6. *Evaluación física detallada de la o las víctimas.*
 7. *Atención Prehospitalaria, se refiere a proporcionar el soporte vital básico a la o las víctimas y estabilizar su condición para asegurar su traslado.*
 8. *Traslado de víctimas hacia un centro médico asistencia.*
 9. *Elaboración de Registros de Atención de Víctimas.*
- Dentro de las actividades que realiza un APAA en el ámbito de atención de emergencias prehospitalarias se incluyen:*
- *Recolectar información necesaria en el lugar de los hechos sobre el incidente.*
 - *Realizar la evaluación inicial y física detallada del paciente, de acuerdo con los protocolos de atención.*
 - *Proporcionar la atención básica de pacientes con cuadros clínicos o traumatológicos de emergencias potencialmente mortales.*
 - *Dar Reanimación Cardio Pulmonar (RCP).*
 - *Aplicar inmovilización vertebral.*
 - *Realizar la estabilización externa (dispositivo básico para inmovilizar o “ferulizar”),*
 - *Controlar hemorragias con apósitos y vendas.*
 - *Evaluar los signos vitales y sonidos pulmonares.*
 - *Inmovilizar y transportar a los pacientes desde el sitio del incidente al vehículo de emergencias.*
 - *Transportar los pacientes desde la escena del incidente hacia los hospitales, si el caso lo amerita.*

- *Proporcionar información escrita o verbal al personal responsable que recibe al paciente en el centro de atención de emergencias.*
- *Mantener la confidencialidad sobre la condición clínica del paciente. Cumplir con medidas de bioseguridad y autoprotección.*

4.1.4. *Protocolos o guías de atención.*

Para brindar el soporte vital básico se deben aplicar los diferentes protocolos o guías clínicas de atención relacionadas con:

- *Medidas de Bioseguridad y Autoprotección.*
- *Hemorragias.*
- *Choque.*
- *Trauma de huesos.*
- *Trauma de tórax y abdomen.*
- *Trauma de cráneo y columna.*
- *Quemaduras.*
- *Intoxicaciones.*
- *Dolor torácico.*
- *Dolor abdominal.*
- *Emergencias cardio-respiratorias.*
- *Atención al parto.*
- *Atención al paciente con trastorno de conciencia.*
- *Atención al paciente convulsivo.*

4.2. *Elementos del Nivel Avanzado de Respuesta.*

Con el objeto de proporcionar el nivel avanzado de respuesta en forma adecuada y oportuna se requieren de los siguientes recursos:

4.2.1. *Recursos Humanos.*

Deben tener el grado académico de Técnico en Emergencias Médicas (TEM) conferido por una Facultad de Medicina de una Universidad debidamente acreditada.

Las capacidades de este recurso serán la aplicación del soporte vital avanzado que incluye acceso invasivo a la vía aérea, acceso vascular y el uso de fármacos para reanimación bajo indicación médica.

El curso de instrucción para TEM ya sea en el nivel básico (TEM-B), intermedio (TEM-I) o avanzado (paramédico) (TEM-P), debe ser impartido por una organización o institución certificada e incluye:

- *Soporte vital básico a las personas que requieren asistencia médica de emergencias, incluidas las actividades ya descritas para el APAA.*
- *Soporte vital avanzado (TEM-I y TEM-P) incluye: monitoreo electrocardiografía, desfibrilación manual, uso de gases comprimidos, empleo de agentes farmacológicos, inyecciones, descompresión torácica con aguja, diversos equipos de diagnóstico (oximetría de pulso, glicemia).*
- *Dirección y supervisión de las actividades de los APAA en la escena.*

4.2.2. *Recursos Materiales*

Para la respuesta vital avanzada, se consideran 3 componentes:

1. *Ambulancia para soporte vital avanzado o tipo B. (Ver anexo 1).*
2. *Materiales para soporte vital avanzado, (ver anexo 2).*
3. *Protocolos o guías clínicas para soporte vital avanzado.*

4.2.3. *Actividades*

Los recursos humanos y materiales se conjugan para proporcionar el soporte vital avanzado y generan la realización de las siguientes actividades:

1. *Recepción de llamada de emergencia a través del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) respectivo comprende:*
 - a) *Recolección y procesamiento de información proporcionada durante la llamada.*
 - b) *Evaluación de la emergencia.*
2. *Despacho de la respuesta que comprende: Decisión y elección del personal y equipos que acudirán al lugar del incidente.*
3. *Antes de iniciar con la atención del incidente se deberá:*
 - a) *Evaluar la escena.*
 - b) *Asegurar la escena.*
 - c) *Activar los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) y en caso de situaciones de mayor magnitud se debe activar el Sistema de Comando de Incidentes (SCI).*
4. *Realización de Triage en el lugar del incidente.*
5. *Asistencia médica prehospitalaria, se refiere a proporcionar el soporte vital avanzado a las víctimas y estabilizar su condición para asegurar su traslado.*
6. *Traslado de víctimas hacia un centro médico asistencial.*
7. *Elaboración de Registro de Atención de Víctimas.*

4.2.4. *Protocolos o guías de atención*

Para brindar el soporte vital avanzado se deben aplicar los diferentes protocolos o guías clínicas de atención relacionadas con:

- *Medidas de Bioseguridad y Autoprotección.*
- *Protocolo para el manejo del choque.*
- *Guía de manejo de reanimación cardiopulmonar utilizando el desfibrilador automático.*
- *Paro cardíaco y RCP avanzado.*
- *Choque anafiláctico y emergencias alérgicas.*
- *Manejo de pacientes con traumatismos y quemaduras y otros incidentes críticos,*
- *Obstrucción de la vía aérea.*
- *Dolor torácico de origen cardíaco.*
- *Emergencias cardiorrespiratorias.*
- *Tratamiento inicial del paciente en coma.*
- *Emergencias convulsivas.*
- *Atención del parto normal de emergencia.*
- *Emergencias psiquiátricas.*
- *Enfermedades que causan brotes y epidemias.*
- *Asfixia por inmersión.*
- *Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.*
- *Emergencias pediátricas.*

4.3. *Aspectos logísticos a garantizar para la Atención Prehospitalaria en los niveles básico y avanzado.*

El equipo de atención prehospitalaria debe estar conformado por un mínimo de recursos humanos, que dependerá del nivel de respuesta, según se especifica a continuación:

Para el Nivel Básico de Respuesta: Un asistente de primeros auxilios avanzados (APAA) y un motorista con instrucción APAA, que además haya realizado y aprobado el curso de Manejo de Vehículos de Emergencia (MAVE).

Para el Nivel Avanzado de Respuesta: Un Técnico en emergencias médicas (TEM), un asistente de primeros auxilios avanzados (APAA) y un motorista con instrucción APAA, que además haya realizado y aprobado el curso de Manejo de Vehículos de Emergencia (MAVE).

Además de los recursos humanos mínimos para garantizar cada nivel de atención se deben considerar los otros aspectos logísticos mencionados a continuación:

- *Combustible*

En los servicios de Atención Prehospitalaria se debe garantizar el abastecimiento, almacenamiento, distribución y uso racional del combustible para la movilización de víctimas y personal que las atiende.

- *Adquisiciones*

Son un elemento dentro del proceso de suministros, y son parte importante dentro de la logística. Incluyen la adquisición de medicamentos, insumos médicos y no médicos, alimentos, biológicos, papelería y otros.

Las adquisiciones deben realizarse en forma oportuna, en las cantidades estimadas como necesarias con un 15% a 20% de incremento como reserva estratégica, con las especificaciones requeridas y en el lugar apropiado, de tal forma que los servicios cumplan plenamente con los objetivos y metas planteados.

Las adquisiciones requieren de una adecuada organización, personal idóneo, procedimientos conocidos, sistema de información, presupuesto adecuado y objetivos, metas y prioridades establecidas.

- *Comunicaciones*

Un Sistema de Atención Prehospitalaria funciona adecuadamente cuando dispone del respaldo de una red efectiva de comunicaciones, la que debe contar con una serie de elementos vinculados entre si e incluir un sistema de comunicación entre la red de ambulancias, establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención y el personal capacitado por cada institución de emergencias involucrada. Los servicios de comunicaciones locales y nacionales deben participar para garantizar una amplia cobertura, utilizando cualquier tipo de tecnología disponible. El papel de la red de comunicaciones es fundamental para la atención oportuna de los pacientes.

- *Administración*

Bajo el concepto moderno de la gestión de una empresa, se consideran los siguientes elementos:

- *Planificación Estratégica*
- *Organización y funcionamiento con criterios de calidad*
- *Presupuesto adecuado*
- *Satisfacción del usuario*
- *Evaluación de la gestión*
- *Mecanismos de Control*
- *Retroalimentación*
- *Principios de ética*

- *Transporte*

La zonificación de los servicios de transporte para la atención prehospitalaria debe ser establecida de acuerdo con criterios técnicos, operativos y administrativos de consenso entre el ente rector (MSPAS), las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las instituciones prestadoras de la atención prehospitalaria involucradas. En la mayoría de los casos, una víctima debe ser trasladada desde el lugar del incidente a un establecimiento de salud o a un centro de atención de emergencia para recibir la atención definitiva. La mejor forma de trasladar al paciente es mediante el uso de ambulancias de acuerdo con las categorías establecidas en el presente documento.

- *Mantenimiento*

El mantenimiento en general, busca prolongar la vida útil en condiciones económicas favorables, de todos los recursos materiales y físicos que se emplean en un sistema, contrarrestando su desgaste y destrucción. Se deben de establecer planes de mantenimiento preventivo y correctivo por parte de las instituciones prestadoras de los Servicios de Atención Prehospitalaria.

- *Mecanismos de control*

Cada institución prestadora de Servicios de Atención Prehospitalaria debe ser responsable de establecer y aplicar las medidas de control administrativo, de acuerdo con los lineamientos propios, reglamentos internos y las disposiciones de la Corte de Cuentas de la República para aquellas entidades que reciben fondos del Estado.

...

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe un Sistema de Emergencias 911 organizado y dependiente de la Policía Nacional Civil (PNC). No se localizó la norma que lo crea.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS.

- **Guía Técnica para los Servicios de Atención Prehospitalaria. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Dirección de Regulación, Dirección de Vigilancia de la Salud. El Salvador, Diciembre de 2008.**

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_servicios_atencion_prehospitalaria.pdf

Anexo 2. Categorización y características de las ambulancias que prestan atención prehospitalaria

Ambulancia tipo C, de dimensiones funcionales para el transporte de pacientes cuyas funciones vitales no estén amenazadas en forma inmediata o a posteriori y su rotulación de acuerdo al nivel de capacitación del personal que conforma la tripulación. Las características de la ambulancia tipo C son:

1. Lleva la palabra ambulancia en su parte delantera de forma inversa (tipo Espejo) y en la parte posterior de manera normal.
2. Estas unidades no pueden ser rotuladas con la insignia de la Cruz de la Vida.
3. En sus costados lleva el nombre y distintivo de la institución a que pertenece, así como su correspondiente número de la flota en lugar visible vehicular.

Ambulancia de respuesta básica o tipo B. Vehículo automotor destinado a brindar asistencia básica a una emergencia médica, considerada ésta como los procedimientos autorizados al Asistente de Primeros Auxilios Avanzados.

Características de una ambulancia de respuesta básica:

1. De dimensiones funcionales para el soporte vital básico.
2. Lleve rotulado en la parte delantera y en forma inversa tipo “espejo” la palabra AMBULANCIA, en letras de molde tipo helvética médium, de tamaño no menor a 10 cm, y se coloca centrada arriba de la parrilla del vehículo.
3. Debe llevar rotulación de AMBULANCIA en la parte trasera en forma visible, en letras de molde del tipo helvética médium de tamaño no menor a 15 cm., y debe estar centrada en los paneles derecho e izquierdo, y en la parte trasera del vehículo.
4. Rotulación de la organización a la que pertenece en ambos costados. Así mismo al frente y en la parte trasera. En estos dos últimos casos, no deben interferir con la vista de los emblemas mínimos exigidos.
5. Tiene doble cabina, una para conductor y copiloto y una posterior para la tripulación de emergencia y el transporte del paciente.
6. La cabina posterior debe contar con dos camillas: Una removible, extensible y con rodos, y cinchos de sujeción; y otra portátil.

7. En la cabina posterior debe contar con un espacio para botiquín tipo asistencia básica, y un equipo móvil y portátil de oxigenoterapia.
8. Así mismo cuentan con una tabla espinal de cuerpo entero y una para torso. Ambas tablas deben contar con un juego de cinchos de sujeción de velero o hebilla.
9. Otros accesorios necesarios son los ganchos para sujeción de soluciones parenterales en el cielo falso de la cabina posterior.
10. Contar con accesorios de seguridad tales como Sirena -mecánica o electrónica- que genere ruido de 95 a 110 decibeles, con bocinas colocadas en la parrilla frontal.
Luces piloto: (deben ser de color diferente a la de la Policía), estas luces piloto y deben contener dos tipos lámparas que una emita luces rojas y otra, blancas hacia delante, de forma intermitente y visibles desde una distancia de 150 metros y una torreta con lámparas giratorias de 360 grados que proyectan luz roja visible desde una distancia de 150 metros.
11. Triángulos de seguridad, lámparas portátiles, caja de herramientas básicas, llanta de repuesto, mica hidráulica, extintor de bióxido de carbono, uno colocado en la cabina de conducción y otro en la cabina para pacientes.
12. Debe estar equipada con una unidad de radiocomunicación fija, multicanal, y con la frecuencia del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) y los Hospitales del área.

Ambulancia para soporte vital avanzado o tipo A. Vehículo automotor destinado a brindar asistencia avanzada a una emergencia médica, considerada ésta como los procedimientos autorizados al Técnico en Emergencias Médicas.

Características de una ambulancia de nivel avanzado de respuesta:

1. Tiene doble cabina, una para conductor y copiloto y una posterior para la tripulación de emergencia y pacientes.
2. Cabina para pacientes con un espacio mínimo para alojar a un paciente en camilla rodante y dos elementos de atención paramédica sentados, con suficiente libertad para realizar las maniobras que requiere el manejo de los pacientes. Estas medidas necesarias mínimas son las siguientes: La cabina de pacientes debe contar con un área de por lo menos 9.86 metros cúbicos, menos un diez por ciento que corresponde a gabinetes para material y medicamento. De largo la medida partirá del canto interior de las puertas traseras para llegar hasta la pared divisoria de la cabina del conductor, siendo de por lo menos 2.90 metros de largo. El ancho debe ser de por lo menos 2.10 metros. Después de la instalación de los gabinetes deben dejarse 46 centímetros + 15 centímetros entre la camilla o camillas y asiento de los paramédicos o gabinetes. La altura debe tener un mínimo de 1.62 metros del piso al techo.
3. La cabina posterior debe contar con dos camillas: Una removible, extensible y con rodos, y cinchos de sujeción, con las siguientes dimensiones mínimas: Largo 1.95 mts como máximo, de ancho 55 cms. como mínimo y altura de 52 cms como máximo y 31 cms como mínimo; y otra portátil.
4. Lleva rotulado en la parte delantera y en forma inversa tipo “espejo” la palabra AMBULANCIA, en letras de molde tipo helvética médium, de tamaño no menor a 10 cm., y se coloca centrada arriba de la parrilla del vehículo
5. Debe llevar rotulación de AMBULANCIA en la parte trasera en forma visible, en letras de molde del tipo helvética médium de tamaño no menor a 15 cm., y debe estar centrada en los paneles derecho e izquierdo y en la parte posterior del vehículo.
6. Debe rotularse en ambos costados, el nombre y logotipo de la organización a la que pertenece, de igual forma en el frente y en la parte trasera. Esta rotulación no debe interferir de ninguna manera con la visibilidad de los emblemas mínimos requeridos.
7. La “Estrella de la Vida” Debe estar rotulada en color azul en ambos costados, y sobre el techo. No debe exceder los 60 cm. de diámetro y debe llevar rotulada en ambos costados y cara posterior la palabra “TEM Soporte Vital Avanzado”.

8. La cabina posterior debe contar con gabinetes y gavetas para almacenamiento de insumos y un cilindro de oxígeno portátil tamaño “D” con válvula tipo poste, manómetro y flujómetro.
9. Debe contar con una férula espinal de cuerpo entero y una para torso. Ambas deben disponer de un juego de cinchos de sujeción de velero o hebilla de por lo menos tres cinturones.
10. Otros accesorios necesarios son ganchos para sujeción de soluciones parenterales en el cielo falso de la cabina posterior
11. Contar con accesorios de seguridad como sirena -mecánica o electrónica- que genere ruido de 95 a 110 decibeles, con bocinas colocadas en la parrilla frontal; luces piloto de color diferente al de la Policía, que deben ser de 2 tipos: Dos lámparas que emitan luces rojas y blancas hacia delante y de manera intermitente, visibles desde una distancia de 150 metros y una torreta con lámparas giratorias de 360 grados que proyectan luz roja visible desde una distancia de 150 metros.
12. Triángulos de seguridad, lámparas portátiles, caja de herramientas básicas, llanta de repuesto, mica hidráulica, extintores de bióxido de carbono, (uno colocado en la cabina de conducción y otro en la cabina para pacientes).
13. Debe contar con una unidad fija de radiocomunicación en frecuencia con el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) y los hospitales del área.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

No se localizaron normas sobre reembolsos.

- **Decreto Legislativo No. 538 del 17 de diciembre de 2004, Ley Especial Para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud**

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_especial_fondo_solidario_para_la_salud.pdf

Artículo 1. La presente Ley tiene como objeto establecer los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social, con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos.

Artículo 2. Créase el Fondo Solidario para la Salud que en adelante podrá denominarse FOSALUD, como una entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad pública, de duración indefinida y con personalidad y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario, el cual estará adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Objetivos Fundamentales

Artículo 4. Los objetivos fundamentales del FOSALUD son:

- a. Velar por su sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia y eficacia institucional;
- b. Propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura en los servicios de salud para la atención al usuario y de los habitantes en general, y en particular de aquellas que aún no tienen acceso a los servicios básicos de salud, buscando ampliar la cobertura a mujeres, niños y discapacitados.
- c. Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerables del país; en coordinación con el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social; priorizando la atención en aquellas locaciones geográficas estratégicas, en donde se encuentren asentamientos que se vieren amenazados o pudieren ser objeto de catástrofes provenientes de la acción de la naturaleza o de la acción del hombre;

- d. Fomentar campañas de educación de salud, a fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas; y,*
- e. Cualquier otra acción que sea necesaria para el cumplimiento de los objetivos anteriormente señalados.*

Artículo 9. *Son atribuciones del Consejo Directivo de FOSALUD:*

- a. Establecer los programas especiales que se consideren necesarios y estratégicos, para complementar los esfuerzos del Ministerio de Salud en materia de salud preventiva y curativa así como en atención de emergencias, que lleven a ampliar la cobertura de los servicios de salud a nivel nacional.*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de Guatemala.**

<http://www.georgetown.edu/pdba/Constitutions/Guate/guate93.html>

Sección Séptima. Salud, Seguridad y Asistencia Social

Artículo 93. *Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.*

Artículo 94. *Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.*

Artículo 95. *La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.*

- **Decreto No. 90-97, Código de Salud.**

<http://www.ccad.ws/documentos/legislacion/GT/DL-90-97.pdf>

Artículo 1. *Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.*

Artículo 2. *Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

No se localizaron disposiciones más allá de lo establecido por las normas de ética médica y las disposiciones aplicables al del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre atención médica.

- **Código Deontológico, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.**

<http://medicina.usac.edu.gt/clinicas2/codigo.pdf>

Capítulo I

Artículo 4. *La profesión médica está al servicio del hombre y la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona, el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.*

...

D. Todo médico cualquiera que sea su especialidad o modalidad de su ejercicio debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.

...

Respecto a los servicios de salud prestados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aplica la siguiente norma:

- **Acuerdo No. 466 de 16 de octubre de 1967, de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Reglamento de Asistencia Médica.**

<http://www.igssgt.org/pdf/inciso6/466.pdf>

Artículo 11. *Los casos de emergencia serán atendidos sin los requisitos de identificación y comprobación de derechos que determinan los artículos precedentes. Una vez terminado el estado de emergencia, si el caso requiere atenciones médicas posteriores a los primeros auxilios, deberá comprobarse por el interesado o por el Instituto en casos especiales, dentro de los dos días hábiles siguientes a la terminación de dicho estado, el derecho a las prestaciones.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron normas.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

No se localizaron normas sobre consentimiento informado más allá de los dispuesto por la Regulación de Ensayos Clínicos en Humanos, Acuerdo Ministerial No. SP-M-466-2007, Capítulo III, Artículos 12 a 25.

En la órbita de los servicios de salud prestados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aplica la siguiente norma:

- **Acuerdo No. 466 de 16 de octubre de 1967, de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Reglamento de Asistencia Médica.**

<http://www.igssgt.org/pdf/inciso6/466.pdf>

Artículo 52. *La Oficina de Admisión solicitará del enfermo o de su familiar más cercano, que firme autorización para practicar tratamientos médicos, exámenes e investigaciones médicas, transfusiones e intervenciones quirúrgicas que sean necesarios. Si el enfermo o familiares supieren firmar, se pondrá en la autorización sus huellas digitales y se solicitará la firma de dos testigos q los que conste que el enfermo o los familiares aceptan.*

...

Artículo 63. *En caso de emergencia, si la gravedad del enfermo requiere asistencia médico-quirúrgica urgente por estar en peligro su vida, el médico de emergencia podrá proceder al tratamiento necesario, dejando constancia escrita de las circunstancias que lo obligaron a ello, sin llenar los requisitos que establece el artículo 52.*

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Constitución Política de Guatemala**

<http://www.georgetown.edu/pdba/Constitutions/Guate/guate93.html>

Artículo 94. *Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.*

Artículo 95. *La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.*

Artículo 96. *Control de calidad de productos. El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquéllos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.*

...

Artículo 100. *Seguridad social. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria. El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen, con la única excepción de lo preceptuado por el artículo 88 de esta Constitución, tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho a participar en su dirección, procurando su mejoramiento progresivo.*

La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias; goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios, establecidos o por establecerse. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada.

El Organismo Ejecutivo asignará anualmente en el Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado, una partida específica para cubrir la cuota que corresponde al Estado como tal y como empleador, la cual no podrá ser transferida ni cancelada durante el ejercicio fiscal y será fijada de conformidad con los estudios técnicos actuariales del instituto.

Contra las resoluciones que se dicten en esta materia, producen los recursos administrativos y el de lo contencioso-administrativo de conformidad con la ley. Cuando se trate de prestaciones que deba otorgar el régimen, conocerán los tribunales de trabajo y previsión social.

- **Decreto No. 90-97, Código de Salud.**

<http://www.ccad.ws/documentos/legislacion/GT/DL-90-97.pdf>

Artículo 4. *Obligación del Estado. El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la pres-*

tación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

...

Artículo 8. *Definición del Sector Salud. Se entiende por Sector Salud al conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad. Para el efecto de la presente ley, en lo sucesivo se denominará el “Sector”.*

Artículo 9. *Funciones y responsabilidades del sector. Las instituciones que conforman el sector tienen las funciones y responsabilidades siguientes:*

- a) *El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en lo sucesivo y para propósito de éste Código se denominara el Ministerio de Salud, tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. El Ministerio de Salud tendrá, asimismo, la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población. Para cumplir con las funciones anteriores, el Ministerio de Salud tendrá las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, compelen al ejercicio de su función.*
- b) *El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en lo que respeta a las acciones de Salud que desarrolla dentro del régimen de seguridad social del país, según sus leyes y reglamentos propios. En coordinación con el Ministerio de Salud en lo atinente a salud realizará programas de prevención y recuperación de la salud, incluyendo atención materno infantil y prevención y atención de Accidentes.*
- c) *Las municipalidades acorde con sus atribuciones en coordinación con las otras instituciones del Sector, participaran en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones.*
- d) *Las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos. promoverán en forma coordinada con los Organismos del Estado e instituciones del Sector la investigación en materia de salud, la formación y capacitación de recursos humanos en los niveles profesionales y técnicos.*
- e) *Las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación de acuerdo a sus objetivos participarán en forma coordinada con las otras instituciones del Sector, en la solución de los problemas de salud a través de la ejecución de programas y la prestación de servicios, mejoras del ambiente y desarrollo integral de las comunidades, de acuerdo a las políticas, los reglamentos y normas que para tal fin establezca el Ministerio de Salud.*
- f) *Los Colegios Profesionales relacionados con la salud en lo que respecta a la regulación del ejercicio profesional.*

Artículo 10. *Coordinación del sector. El Ministerio de Salud, para cumplir con sus funciones de coordinación realizará las siguientes acciones:*

- a) *Coordinación Ministerio de Salud. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social coordinarán sus planes, programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos, físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud, ser eficientes, eficaces y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos*

- b) *Coordinación intra e intersectorial. El Ministerio de Salud para cumplir con la función de coordinación dentro del sector y con los otros sectores, suscribirá acuerdos y Convenios, tanto a nivel nacional como local, así como con organismos internacionales.*

Artículo 11. *Programación y Administración de los servicios de salud. La organización y administración de los programas y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, contemplados en el presente Código será desconcentrada y descentralizada según las necesidades de la población y del proceso de modernización administrativa del sector. Las Instituciones del Sector para la administración y prestación de servicios establecerán áreas de influencia para atender grupos de población preferentemente coincidentes con los espacios territoriales de los departamentos y municipios de la República.*

...

Artículo 16. *Bases para la Organización del Ministerio. La organización del Ministerio de Salud estará basada en la Ley del Organismo Ejecutivo, y estará enmarcada dentro de las estrategias de descentralización, desconcentración y participación social. Un reglamento definirá las funciones específicas de cada uno de los niveles y la estructura organizativa correspondiente; deberá cumplir con los siguientes propósitos:*

- a) *Ejercer la rectoría del sector a fin de mantener los principios de solidaridad, equidad y subsidiaridad en las acciones de salud dirigidos a la población;*
b) *Favorecer el acceso de la población a los servicios públicos de salud, los cuales deben ser prestados con eficiencia, eficacia y de buena calidad.*

Artículo 17. *Funciones del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud tendrá las funciones siguientes:*

- a) *Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional;*
b) *Formular políticas nacionales de salud;*
c) *Coordinar las acciones en salud que ejecute cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales;*
d) *Normar, monitorear, supervisar y evaluar los programas y servicios que sus unidades ejecutoras desarrollen como entes descentralizados;*
e) *Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud;*
f) *Dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes;*
g) *Desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud;*
h) *Propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud*
i) *Coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país, sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial;*
j) *Coordinar las acciones y el ámbito de las Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con salud, con el fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos;*
k) *Elaborar los reglamentos requeridos para la aplicación de la presente ley, revisarlos y readecuados permanentemente.*

Artículo 18. *Modelo de atención Integral en salud. El Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad y de la comunidad organizada que priorice las acciones de promoción y prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico pluricultural y multilingüe.*

- **Acuerdo Gubernativo No. 115-99 del 24 de febrero de 1999, Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social.**

http://portal.mspas.gob.gt/images/files//Marco%20Legal/Salud%20Publica/AG_115_99.pdf

Artículo 1. *Naturaleza y Ámbito del Reglamento.*

El presente reglamento regula para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en lo sucesivo se denominará el Ministerio de Salud, la estructura interna y funciones así como la organización y desarrollo de los servicios de salud con base en los principios desconcentración y descentralización de sus procesos técnico-administrativos.

Artículo 2. *Funciones y responsabilidades sustantivas del Ministerio de Salud.*

El ministerio de Salud, de acuerdo a la ley, tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, así como la administración de los recursos financieros que el Estado asigna para brindar la atención integral de la salud a la población aplicando para le efecto los principios de eficacia, eficiencia, equidad, solidaridad y subsidiaridad.

...

Artículo 10. *Competencia ministerial.*

El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, llamado en adelante el Ministro, tiene competencia en toda la República, dentro de su respectivo ramo; desempeña funciones permanentes y ejerce su autoridad sobre las dependencias, funcionarios y empleados respectivos.

Artículo 11. *Rectoría del Sector Salud.*

De acuerdo a al ley, el Ministro es el rector de las políticas en materia de salud y asistencia social, así como de su implementación y ejerce, en consecuencia, la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional.

Artículo 12. *Funciones del Ministro.*

El Ministro es el funcionario de mayor jerarquía del Ministerio de Salud. Además de las funciones generales que la Constitución Política de la República asigna a los ministros de estado y de las específicas que le corresponde realizar conforme la ley del Organismo Ejecutivo, el Código de Salud y otras disposiciones legales, el Ministro tiene las siguientes funciones:

- Aprobar, coordinar, dirigir y conducir las políticas sectoriales en el campo de la salud, en íntima correspondencia con las políticas de desarrollo del país;*
- Dirigir y coordinar las funciones de las dependencias técnico administrativas del Ministerio de Salud, así como la administración de los recursos financieros, humanos y físicos;*
- Coordinar las acciones del Ministerio de Salud con otros ministerios y otras instituciones públicas y privadas;*
- Descentralizar o desconcentrar las funciones o procesos técnico administrativos relacionados con el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población;*
- Gestionar la provisión de recursos financieros para optimizar el funcionamiento de los programas y servicios que el Ministerio de Salud presta;*
- Propiciar la negociación, búsqueda y obtención de recursos técnicos y financieros con las distintas agencias de cooperación nacional e internacional;*
- Presentar a la consideración del presidente de la República los proyectos de ley, acuerdos, reglamentos y otras disposiciones relacionadas con el funcionamiento del ministerio de Salud;*
- Promover la participación social en el desarrollo de las acciones de salud.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

• **Decreto No. 90-97, Código de Salud.**

<http://www.ccad.ws/documentos/legislacion/GT/DL-90-97.pdf>

Artículo 151. *Política de infraestructura en salud. El Ministerio de Salud en coordinación con las otras instituciones del Sector, formulará una política que regule el crecimiento y desarrollo de la infraestructura en salud, a fin de garantizar una óptima utilización de los recursos sanitarios por parte del Estado, evitando así la duplicación innecesaria de recursos y esfuerzos.*

Artículo 152. *Niveles de atención. El Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, instituciones privadas y otras organizaciones no gubernamentales y comunitarias, organizarán sus servicios con base a niveles de atención; entendidos estos, como un conjunto de diferentes tecnologías apropiadas para la solución de grupos específicos de problemas de salud de distinta complejidad, con el fin de garantizar el acceso y cobertura a todos los habitantes que demanden atención a la red de servicios de salud que se establezca.*

Artículo 153. *Sistema de referencia y contrareferencia. Para garantizar el acceso de la población a los distintos establecimientos en salud, el Ministerio de Salud creará y normalizará una red de referencia y contra referencia de atención a los pacientes de acuerdo a los niveles de atención establecidos.*

Artículo 154. *Hospitales nacionales de referencia. Los hospitales nacionales del tercer nivel, tanto del Ministerio de Salud como del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, deberán convertirse en hospitales nacionales de referencia para tratar únicamente casos de alta especialidad, que por su naturaleza requieren de tecnologías de alta complejidad. La atención general de los pacientes que en la actualidad cubren, deberá paulatinamente ser desconcentrada a hospitales periféricos regionales y locales.*

Artículo 155. *Concentración de la alta especialidad. Para el tratamiento de los casos de alta especialidad, el Ministerio de Salud y demás instituciones que conforman el sector, deberán proponer y llevar a la práctica modelos de prestación conjunta de servicios, con el fin de aumentar su cobertura y disminuir los costos.*

Artículo 156. *Utilización compartida de establecimientos en salud. En el marco de la política para el desarrollo de la infraestructura en salud establecida, el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otras instituciones que conforman el Sector, deben llevar a la práctica un plan para la utilización compartida de sus establecimientos en salud, sobre la base del modelo en salud que defina el Ministerio de Salud y de acuerdo al nivel de atención.*

Artículo 157. *Establecimientos de atención para la salud. Le corresponde al Ministerio de Salud autorizar y supervisar el funcionamiento de establecimientos de atención para la salud públicos y privados en función de las normas que sean establecidas.*

Artículo 158. *Comité de Bioética. Todo hospital sea público o privado, deberá contar con un Comité de Bioética, el que ayudará al paciente, a la familia y al médico tratante, dentro del marco legal a tomar las decisiones más acertadas.*

Artículo 159. *Autorización de construcciones y cambios. La instalación construcción, ampliación, modificación y traslado de los establecimientos públicos y privados de asistencia a la salud, de cualquier tipo que fueren serán autorizados por el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con la reglamentación correspondiente.*

Artículo 160. *Acreditación de calidad. Todo servicio de salud público o privado deberá contar con el certificado de acreditación de calidad el será extendido por el Ministerio de Salud.*

Artículo 161. *Sistemas alternativos. El Estado a través del Sector incorporará regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control.*

- **Acuerdo Gubernativo No. 115-99 del 24 de febrero de 1999, Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social.**

http://portal.mspas.gob.gt/images/files//Marco%20Legal/Salud%20Publica/AG_115_99.pdf

Artículo 77. *Centro de Salud.*

El Centro de Salud es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal y generalmente en las cabeceras municipales y ciudades de importancia. Brinda a la población de su área de influencia, los servicios ampliados de salud definidos según normas, y coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.

Los Centros de Salud se clasifican en: Centros de Salud Tipo A; Centros de Salud Tipo B y otros Centros de Salud con otras denominaciones tales como clínicas periféricas y Centros de atención Materno-Infantil. Los Centros de Salud Tipo A son establecimientos de servicios públicos que cuentan con servicios de internamiento con treinta a cincuenta camas. Estos centros están situados en áreas geográficas seleccionadas, de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia entre diez y veinte mil habitantes. Funcionan las veinticuatro horas del día y brindan atención de maternidad, cirugía y traumatología de urgencias médicas y pediátricas y los programas de consulta externa normados para este establecimiento. Además de las acciones de recuperación ejecutan acciones de promoción, prevención y rehabilitación según normas. Los recursos humanos básicos son: el médico general, el odontólogo, los médicos especialistas según normas, en psicólogo, la enfermera graduada, el auxiliar de enfermería, el técnico en salud rural, el inspector de saneamiento ambiental; técnicos de laboratorio y anestesia y aquellos otros que se requieran según necesidades.

Los Centros de Salud tipo B son establecimientos de servicios públicos de salud que brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes. Los recursos sumamente básicos son el médico general, el odontólogo, el psicólogo, la enfermera graduada, el auxiliar de enfermería, el técnico en salud rural, el inspector de saneamiento ambiental y otros técnicos de salud que se requieran según normas.

- **Acuerdo Gubernativo No. 376-2007 del 6 de agosto de 2007, Reglamento para la Regulación, Autorización, Acreditación y Control de Establecimientos de Atención para la Salud**

http://portal.mspas.gob.gt/images/files//docs_dgrvcs/DRACES/regulaciones/leyes%20y%20normas%20estblecimientos%20regula%20draces/AG%20376-2007.pdf

Artículo 1. *Objeto. Este reglamento tiene por objeto desarrollar el proceso de regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud de servicio privado y estatal.*

...

Artículo 6. *Los establecimientos regulados. Están sujetos a las disposiciones de este reglamento los establecimientos siguientes:*

...

6.5. *Centro de Atención Pre-hospitalaria: Servicios de atención pre-hospitalaria móvil (ambulancias).*

...

6.20. *Hospital: Establecimiento de salud que brinda atención médica multidisciplinaria, con consulta externa, internamiento y urgencias las veinticuatro horas del día; que cuenta con cuidados de enfermería, servicios de apoyo para el diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud. Entiéndase también sanatorios y casas de salud.*

- **Acuerdo Ministerial No. SP-M-1-200-99, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Manual de Organización y funciones de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y control de la Salud y sus dependencias.**

http://portal.mspas.gob.gt/images/files//docs_dgrvcs/DRACES/regulaciones/leyes%20y%20normativas%20accion%20suplementaria/ManualDGRVCS.pdf

Artículo 1. *Aprobar el siguiente: Manual de Organización y funciones de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y control de la Salud y sus dependencias.*

1. *Objeto. El presente Manual tiene como objeto normar la organización interna y las funciones de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud y sus dependencias, conforme a lo previsto en el Reglamento Orgánico interno del Ministerio de Salud.*
2. *Naturaleza y Ámbito de competencia. La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, en adelante la Dirección General es la dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante “el Ministerio de Salud”, encargado de la elaboración de normas técnicas relacionadas con los programas de atención a las personas, al ambiente y a la atención de desastres y sistemas de apoyo. Le corresponde, además, el desarrollo de normas técnicas para la vigilancia, control, supervisión y evaluación de dichos programas efectuando, en coordinación con la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud, el control de la calidad del cumplimiento de las normas en forma periódica; tiene también bajo su responsabilidad dictar los lineamientos para el registro, acreditación y autorización de los servicios de salud; la extensión del registro sanitario de referencia y de la licencia sanitaria en casos especiales establecidos en el reglamento específico, así como la aplicación y/o control del régimen sancionatorio establecido por la comisión de infracciones sanitarias; participar y apoyar el desarrollo de la investigación científica; la formación y la capacitación de los recursos humanos y la difusión de la información y documentación científico-técnica que sirva de soporte para mejorar la calidad de atención y de implementar la coordinación intra y extra sectorial en la ejecución de las actividades de su competencia.*

En relación a los asegurados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

- **Acuerdo No. 466 de 16 de octubre de 1967, de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Reglamento de Asistencia Médica.**

<http://www.igssgt.org/pdf/inciso6/466.pdf>

Artículo 62. *Se consideran casos de emergencia las enfermedades y accidentes con manifestaciones alarmantes o violentas que requieran tratamiento médico-quirúrgico inmediato, y los agravamientos súbitos de enfermos en tratamiento. El procedimiento de admisión de estos casos se regirá por los artículos 26, 45, 53 y 56 de este Reglamento.*

Se entiende por estado de emergencia aquel durante el cual persisten las condiciones médicas que dieron origen al caso y cuando la interrupción de la asistencia médica y el traslado del enfermo ponen en peligro su vida.

...

Artículo 50. *El afiliado o beneficiario con derecho se hospitalizará conforme a los siguientes procedimientos:*

- a) *Admisión programada; y*
- b) *Admisión de emergencia*

...

Artículo 53. *Se considera admisión de emergencia (33) aquella que por la naturaleza de la enfermedad o del accidente que presente el afiliado o beneficiario con derecho, hace necesario el tratamiento médico quirúrgico inmediato.*

Los médicos del Servicio de Emergencia ordenarán la admisión hospitalaria en los siguientes casos y por los procedimientos que a continuación se establecen:

- a) Enfermos trasladados por orden de médicos de asistencia domiciliaria;*
- b) Enfermos trasladados por órdenes de médicos del Servicio de Emergencia de las Clínicas de Consulta Externa;*
- c) Enfermos trasladados de emergencia por orden de médicos de las Clínicas de Consulta Externa;*
- d) Enfermos que acudan al Servicio de Emergencia de la Unidad de Encamamiento, y que a juicio de los médicos de dicho Servicio necesiten tratamiento;*
- e) Si el enfermo es admitido, la Secretaría de Servicio de Emergencia solicitará a la Oficina de Admisión de la Sección de Registros Médicos, el expediente médico del afiliado o beneficiario con derecho si lo hubiere. En caso de no existir éste, la Sección de Registros Médicos procederá a la apertura del expediente médico; y*
- f) En los casos señalados en el inciso d), si el enfermo no justifica admisión hospitalaria, los médicos del Servicio de Emergencia le darán las indicaciones pertinentes y lo trasladarán a la unidad médica que corresponda.*

...

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe el Centro Nacional de Emergencias 911 que fue creado con el fin de dar auxilio inmediato a toda la población. Se trata de un mecanismo de cobertura nacional para dar asistencia y orientación rápida, oportuna y total a la población, a través de la marcación —sin costo alguno— del número 911, por medio de un centro de recepción de llamadas y un sistema de despacho de emergencias, computarizado. No se localizó la norma que lo crea.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

No se localizaron normas específicas aplicables.

- **Acuerdo No. 466 de 16 de octubre de 1967, de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Reglamento de Asistencia Médica.**

<http://www.igssgt.org/pdf/inciso6/466.pdf>

Artículo 93. *El servicio de transporte se concederá:*

- a) En casos de emergencia;*
- b) Cuando el traslado del enfermo de un lugar a otro sea necesario para la asistencia médica que se le está prestando, siempre que su estado le impida trasladarse por sus propios medios físicos.*
- c) Cuando para la atención de un enfermo no se disponga en determinadas unidades médico hospitalarias de los recursos de asistencia médica necesarios, el médico tratante puede disponer el traslado del enfermo a otra unidad que cuente con ellos. En los casos a que se refiere este artículo el transporte del enfermo de un lugar a otro corre a cargo del Instituto.*

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Acuerdo No. 466 de 16 de octubre de 1967, de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Reglamento de Asistencia Médica.**

<http://www.igssgt.org/pdf/inciso6/466.pdf>

***Artículo 64.** En casos justificados de extrema urgencia atendidos por servicios ajenos al Instituto, éste reembolsará al afiliado los gastos ocasionados por esta atención, siempre que se pruebe que por razones de distancia y otras calificadas a juicio de la Gerencia, no haya sido posible recurrir a los servicios médicos regulares o de emergencia del Instituto, propios o contratados. El reembolso se hará conforme al arancel y tarifa que se adopten, elaborados con base en los costos medios del Instituto. Se exceptúan del reembolso los primeros auxilios prestados por servicios patronales.*

HONDURAS

Advertencia preliminar

No fue posible localizar normas específicas relativas al manejo de emergencias médicas. La Cruz Roja Hondureña ha asumido gran parte de la responsabilidad mediante la administración de una central de emergencia para recibir llamados la provisión de un sistema gratuito de ambulancias para la atención en emergencias por accidentes, desastres, enfermedad y de otra índole.

Está también a cargo del Programa Pre-hospitalario de Emergencias en Tegucigalpa y de efectuar revisiones en las políticas, protocolos y procedimientos de atención de pacientes, los cuales son socializados a nivel nacional con los Técnicos en Urgencias Médicas (TUM) y el socorrismo de la Sociedad Nacional. Funciona financiado por la cooperación internacional. <http://www.honduras.cruzroja.org/>

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República de Honduras**

<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Honduras/honduras.html>

Artículo 123. *Todo niño deberá gozar de los beneficios de la seguridad social y la educación. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, para lo cual deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales desde el período prenatal, teniendo derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, educación, recreo, deportes y servicios médicos adecuados.*

...

Artículo 145. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.*

...

Artículo 149. *El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.*

- **Decreto No. 65-91 Publicado el 6 de agosto de 1991. Código de Salud.**

<http://www.ccad.ws/documentos/legislacion/HN/DL-65-91.pdf>

Artículo 8. *Toda persona tiene el derecho a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción, recuperación de su salud personal y familiar; y el deber correlativo de contribuir a la salud de la comunidad, evitando acciones y comisiones perjudiciales y cumpliendo estrictamente las disposiciones de este Código y de las demás normas de salud.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

Dicha obligación no está contenida en la constitución o código de salud. No se localizó una norma al respecto.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron disposiciones.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

La única norma localizada al respecto es la que se enuncia continuación. No se localizó su texto.

- **Secretaría de Salud Pública: La Historia Clínica: Propósito, Contenido, Formularios. Tegucigalpa, 1990.**

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Decreto No. 65-91 Publicado el 6 de agosto de 1991. Código de Salud.**
<http://www.ccad.ws/documentos/legislacion/HN/DL-65-91.pdf>

Artículo 3. *Corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública que para los efectos de la presente Ley se llamará “LA SECRETARIA” la definición de la política nacional de salud la normalización planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias respectivamente bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa.*

Artículo 4. *Se faculta a LA SECRETARIA para que mediante resolución delegue o reasigne en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la Ley, las actividades propias del sector salud.*

- **Decreto Ejecutivo No. PCM-008-97 de 1997, modifica la Ley General de la Administración Pública (Decreto legislativo No. 218 de 1996) establece las competencias de la Secretaría de Salud.**

Decreta:

Primero: Aprobar el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencia del Poder Ejecutivo. ...

Secretaría de Salud

Artículo 67. *Compete a la Secretaría de Salud:*

1. *Lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, promoción o fomento, prevención, preservación, restitución o recuperación y rehabilitación de*

la salud de la población, asegurando su compatibilidad con las estrategias aprobadas por el presidente de la república incluyendo:

- a) La protección y ejecución del Programa Nacional de Salud.*
 - b) La protección de los servicios públicos de asistencia sanitaria, con excepción de la seguridad social.*
 - c) La coordinación, normatización, orientación y supervisión técnica de los servicios públicos y privados de salud.*
 - d) El diseño y ejecución de programas de saneamiento ambiental, coordinando sus actividades con otros órganos o instituciones públicos o privados.*
 - e) El diseño y ejecución de programas de medicina preventiva, alimentario-nutricionales y de educación en salud, coordinando sus actividades con otros órganos o instituciones públicos o privados.*
 - f) El diseño y ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico.*
 - g) La preparación y ejecución de planes contingentes para la asistencia sanitaria en casos de emergencia o calamidad pública.*
 - h) La preparación de normas técnico-Sanitarias en el campo de la higiene y seguridad ocupacional, en coordinación con la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social.*
 - i) La emisión de normas técnico-sanitarias en materia de edificaciones e instalación para uso humano y, en coordinación con las autoridades municipales correspondientes, la supervisión de su ejecución.*
- **Decreto Ejecutivo PCM-014-2005 del 10 de junio del 2005 que reforma los Artículos 68 y 69 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencia del Poder Ejecutivo, contenido en el Decreto Ejecutivo PCM-008-97 del 2 de junio de 1997, referente a cómo se organizará la Secretaría de Salud para el ejercicio de sus funciones y a las funciones de las Direcciones Generales y demás órganos especializados de esta Secretaría de Estado**

Decreta:

Primero. Reformas los Artículos 68 y 69 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencia del Poder Ejecutivo, contenido en el Decreto Ejecutivo PCM-008-97 de fecha 2 de junio de 1997 y sus reformas, los cuales se leerán así:

Artículo 68. *Para el ejercicio de sus funciones, la Secretaría de Salud se organizará de la manera siguiente: ...*

Secretaría de Riesgos Poblacionales: ...

Subsecretaría de Redes de Servicios:

Es responsable por la coordinación de las Áreas de Promoción de la Salud, Vigilancia de la Salud y Regulación Sanitaria.

Secretaria de Políticas Sectoriales: ...

Dirección General de Promoción de la Salud:

Es responsable por la dirección, planificación, ejecución y evaluación de los procesos sustantivos de promoción de la salud; incluida la abogacía, para influir en las decisiones y actos de las entidades públicas y privadas, los municipios y comunidades, que ejercen algún tipo de control sobre los recursos que inciden en la salud pública, y promover la activa participación ciudadana en esta materia.

...

Dirección General de Vigilancia de la Salud: ...

Dirección General de regulación Sanitaria: ...

Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de la Salud:

Es responsable por la conducción de la red de servicios de la Secretaría de Salud, y fomentar la cobertura, accesibilidad, calidad, mejora continua y aplicación de nuevos conocimientos en los servicios de salud.

Unidad de Gestión de Salud Ambiental: ...

Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento: ...

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

• Decreto No. 65-91 Publicado el 6 de agosto de 1991. Código de Salud.

<http://www.ccad.ws/documentos/legislacion/HN/DL-65-91.pdf>

Artículo 156. *Se consideran instituciones de salud todos los establecimientos públicos o privados, en los cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la prevención, curación y rehabilitación de la salud.*

Artículo 157. *La instalación, ampliación, modificación, traslado y fundamento de los establecimientos públicos y privados de asistencia médica como tales como: Hospitales, maternidades, clínicas, policlínicas, sanatorios, dispensarios, asilos, casas de reposo, establecimientos de óptica, laboratorios de salud, bancos de sangre, de tejidos de órganos, instituciones de fisioterapia, psicoterapia, centros de diagnóstico, droguerías, laboratorios y botiquines de emergencia, deberán de ser autorizados por LA SECRETARIA. Las farmacias y puestos de venta de medicinas estarán sujetos además a las regulaciones de carácter profesional que establezca el Colegio Químico Farmacéutico de Honduras. El personal profesional que laborará en estos establecimientos deberá ser previamente acreditado por el Colegio correspondiente.*

Artículo 158. *Igualmente LA SECRETARIA autorizará a las instituciones de salud internacionales que operen en el territorio nacional, al amparo de convenios o programas de asistencia.*

Artículo 159. *LA SECRETARIA reglamentará lo relacionado con los requisitos mínimo que deben llenar, según su clasificación las instituciones en cuanto a las instalaciones físicas, equipo, personal, organización y funcionamiento de tal manera que garantice al usuario a un nivel de atención apropiada.*

Artículo 160. *A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial en el país, todo establecimiento de salud, público o privado, esta obligado a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud.*

Artículo 161. *Las tarifas por los servicios no médicos que resten los hospitales y clínicas privadas deberán ser regulados por la Secretaria de Economía y Comercio debiendo las mismas fijarse en lugares visibles al público en cada habitación. Las tarifas por habitación incluyen todos los servicios de internamiento para el paciente.*

Artículo 162. *La autoridad de salud podrá en cualquier tiempo, sancionar y en definitiva clausurar los establecimientos que infrinjan esta Ley y sus Reglamentos y que pongan en peligro la salud o la vida de las personas. En todo caso se oirá al interesado.*

...

Artículo 166. *Son botiquines de emergencia médica los establecimientos aprobados por la autoridad competente a solicitud en médico colegiado y con goce de sus derechos para que se expendan productos farmacéuticos para uso emergente de sus pacientes solamente.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe una central de emergencia administrada por la Cruz Roja Hondureña (Número 195). No se localizaron disposiciones que regulen el funcionamiento del mismo.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

No se localizaron disposiciones.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

No se localizaron disposiciones.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada DOF 24-08-2009**

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

Artículo 2.

....

B. ...*Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:*

...

III. *Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.*

Artículo 4. ...*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

...

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

...

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 30-12-2009.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

Artículo 55. *Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.*

Artículo 56. *De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.*

Artículo 77 bis 36. *Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.*

Artículo 77 bis 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

...

XII. Recibir atención médica en urgencias;

...

Artículo 469. Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron disposiciones.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 30-12-2009**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

Artículo 50. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo 51 Bis 2. Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

Artículo 51 Bis 3. Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.

Artículo 52. Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

Artículo 53. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

Artículo 55. Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

Artículo 56. De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

Artículo 57. La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Artículo 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;
- IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;
- V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;
- V. bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos;
- VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y
- VII. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.

Artículo 59. *Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, así como en los cuidados paliativos.*

Artículo 60. *Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población. La acción popular podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando para darle curso el señalamiento de los datos que permitan localizar la causa del riesgo.*

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-237.SSA1-2004. Modifica y deroga la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, para quedar como Norma Oficial Mexicana para la Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.**
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m020ssa294.pdf>

...

- 4.7.1.3. *Toda llamada de auxilio recibida en el CRUM, deberá ser atendida, tipificada, clasificada, registrada y se llevará a cabo el seguimiento correspondiente.*
- 4.7.1.4. *La coordinación logística y operativa, así como la asesoría en la atención prehospitalaria de las urgencias médicas, será proporcionada por el personal operativo del CRUM en turno, que en todos los casos, deberá estar integrado por un médico y técnicos en urgencias médicas, que demuestren documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención prehospitalaria de las urgencias médicas en Instituciones reconocidas.*
- 4.7.1.5. *El CRUM enviara al sitio de la urgencia a la ambulancia disponible más adecuada que se encuentre más cercana, para brindar la atención inmediata y apropiada y, de acuerdo a la gravedad del caso, coordinara el traslado al servicio de urgencias del establecimiento para la atención médica, que resulte más conveniente.*
- 4.7.1.6. *El TUM o el personal responsable de la atención en la ambulancia, reportara al CRUM los hallazgos clínicos y en su caso, el diagnóstico presuncional, el estado psicofísico del paciente, así como las necesidades inmediatas que requieren ser preparadas en el establecimiento para la atención médica al que se dirige; todos estos eventos deben quedar asentados en un formato para el registro de la atención prehospitalaria de las urgencias médicas.*
- 4.7.1.7. *El manejo de la atención prehospitalaria deberá realizarse de acuerdo a los protocolos escritos, que para la naturaleza del evento tenga definidos la institución responsable de brindar la atención prehospitalaria. Los contenidos podrán diferir por cada institución, de acuerdo a la lex artis médica. En todos los casos, los protocolos deberán estar avalados y firmados por la autoridad médica o el responsable sanitario del servicio de ambulancias.*
- 4.7.1.8. *Los formatos para el registro de la atención prehospitalaria de las urgencias médicas, independientemente del diseño que cada institución desarrolle, deberán contener como mínimo, los siguientes campos para el registro de información:*
 - 1. *Datos de registro: Numero progresivo del folio del formato.*
 - 2. *Fecha del servicio: Día, mes y año.*

3. *Identificación de la ambulancia: Número económico, placas e Institución a la que pertenece.*
4. *Tipo de servicio: Traslado, urgencia o cuidados intensivos.*
5. *Lugar de ocurrencia de la urgencia: Hogar, escuela, trabajo, instalaciones deportivas, de recreación o vía pública u otras.*
6. *Hora de salida de la ambulancia de la base; hora de primer contacto.*
7. *Hora de fin de la atención o alta del paciente: En el sitio de la urgencia o de la recepción del paciente en el establecimiento para la atención médica.*
8. *Identificación del personal operativo: Operador de la unidad, TUM u otros prestadores de servicios de salud.*
9. *Datos del paciente: Nombre, edad y sexo o media filiación*
10. *Antecedentes personales patológicos.*
11. *Padecimiento actual: Causa traumática o no traumática de la urgencia. Descripción del mecanismo de lesión, enfermedad súbita, enfermedad crónica o complicación de enfermedad crónica, según proceda.*
12. *Exploración física básica: Signos vitales, estado y coloración de la piel y estado de pupilas.*
13. *Descripción de lesiones o afecciones: Localización, tipo de afectación a órganos, aparatos o sistemas.*
14. *Manejo proporcionado: Vía aérea, ventilación, circulación, líquidos endovenosos, fármacos, inmovilización, así como cualquier otra observación.*
15. *Derivación del paciente: Establecimiento para la atención médica, el hogar o alta en el sitio; cuando aplique, datos y firmas de los responsables que entregan y reciben al paciente.*

4.7.2. *Del traslado del paciente al servicio de urgencias en establecimientos para la atención médica.*

• **NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, de 30 de septiembre de 1999 del Expediente Clínico.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

1. *Objetivo. Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.*
2. *Campo de aplicación. La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.*
- ...
4. *Definiciones. Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:*
 - 4.3. *Establecimiento para la atención médica, a todo aquel, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.*
 - 4.4. *Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.*
 - 4.5. *Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.*

- 4.6. *Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.*
- 4.7. *Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.*
- 4.8. *Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.*
- 4.9. *Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.*
- 4.10. *Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.*
- 4.11. *Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.*
5. *Generalidades.*
 - 5.1. *Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.*
 - 5.2. *Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:*
 - 5.2.1. *Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;*
 - 5.2.2. *En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;*
 - 5.2.3. *Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y*
 - 5.2.4. *Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.*
 - 5.3. *Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.*
- ...
7. *De las Notas Médicas en Urgencias.*
 - 7.1. *Inicial. Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:*
 - 7.1.1. *Fecha y hora en que se otorga el servicio;*
 - 7.1.2. *Signos vitales;*
 - 7.1.3. *Motivo de la consulta;*
 - ...
 - 7.2.1. *En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.*
 - 7.3. *De referencia/traslado. Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3 de la presente Norma.*
8. *De las notas médicas en Hospitalización*
 - 8.1. *De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:*
 - 8.1.1. *Signos vitales;*

- 8.1.2. *Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;*
- 8.1.3. *Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;*
- 8.1.4. *Tratamiento; y*
- 8.1.5. *Pronóstico.*
- 8.2. *Historia clínica.*
Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1 de la presente Norma.
- 8.3. *Nota de evolución.*
Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.
- 8.4. *Nota de referencial/traslado.*
Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3 de la presente Norma.
- 8.5. *Nota Pre-operatoria*
Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos), y deberá contener como mínimo:
 - 8.5.1. *Fecha de la cirugía;*
 - 8.5.2. *Diagnóstico;*
 - 8.5.3. *Plan quirúrgico;*
 - 8.5.4. *Tipo de intervención quirúrgica;*
 - 8.5.5. *Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);*
 - 8.5.6. *Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y*
 - 8.5.7. *Pronóstico.*

...

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 30-12-2009.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

Artículo 7. *La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:*

- I. *Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las Leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;*
- II. *Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;*
- III. *Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;*
- IV. *Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;*
- V. *Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;*
- VI. *Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes;*
- VII. *Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;*

- VIII. *Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;*
- IX. *Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;*
- X. *Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;*
- XI. *Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;*
- XII. *Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;*
- XIII. *Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;*
- XIV. *Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y*
- XV. *Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.*

...

Artículo 13. *La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:*

- A. *Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:*
 - I. *Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;*
 - II. *En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XVII Bis, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;*
 - III. *Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;*
 - IV. *Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;*
 - V. *Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;*
 - VI. *Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento;*
 - VII. *Coordinar el Sistema Nacional de Salud;*
 - VII bis. *Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;*
 - VIII. *Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;*
 - IX. *Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las X. Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables.*
- B. *Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:*
 - I. *Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII Bis y XXX del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;*
 - II. *Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;*
 - III. *Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo;*
 - IV. *Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competen;*
 - V. *Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;*

- VI. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables, y
- VII. Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.
- C. Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/178ssa18.html>

...

1. *Objetivo*

Esta Norma Oficial Mexicana establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento con que deben cumplir las Unidades de Atención Médica, que proporcionen servicios de promoción, prevención, diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, curaciones y en su caso, partos a pacientes ambulatorios.

2. *Campo de aplicación*

Es aplicable a todos los establecimientos de atención médica, ligados a otro servicio o independientes, que presten servicios a pacientes ambulatorios de los sectores público, social y privado en la República Mexicana.

...

5. *Generalidades*

Todo establecimiento de atención médica, incluyendo consultorios, que en esta Norma Oficial Mexicana se menciona debe:

- 5.1. *Obtener el permiso sanitario de construcción cuando sea una obra nueva o tenerlo en el caso de ampliación, rehabilitación, acondicionamiento y equipamiento. Esto no lo exime de la obtención del Permiso correspondiente del uso del suelo de la localidad correspondiente.*
- 5.2. *Contar con un Responsable Sanitario Autorizado de acuerdo a la normatividad vigente.*
- 5.3. *Todo establecimiento deberá contar con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas que se describan en el Programa Médico y deberá además contar con sala o local apropiado para espera y servicios sanitarios.*
- 5.4. *Ser construido cumpliendo lo indicado en el Reglamento de Construcción Local vigente, considerando las condiciones del terreno y todo acorde al medio ambiente físico y natural.*
- 5.5. *En localidades donde es reconocido el riesgo potencial de ciclones, sismos e inundaciones, es necesario establecer las condiciones de seguridad en la construcción y el diseño de la infraestructura, proteger con medidas especiales aquellas áreas prioritarias y las que deben seguir funcionando posteriormente a un desastre natural o provocado.*
- 5.6. *Utilizar materiales de construcción, instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias que cumplan con las Normas de calidad emitidas por la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.*
- 5.7. *Las unidades deben contar con la protección necesaria contra fauna nociva y, facultativamente y de acuerdo a su localización geográfica, presentar el certificado de fumigación vigente otorgado por un establecimiento autorizado.*

- 5.8. *El proyecto arquitectónico debe considerar lo necesario para un acceso y egreso directo, rápido y seguro a la unidad, incluyendo aquellas necesarias para las personas con discapacidad y, adultos mayores de acuerdo con lo que establece la NOM-001-SSA2-1993.*
- 5.9. *Asegurar el suministro de los insumos energéticos y de consumo necesarios, como son los de energía eléctrica con los circuitos e interruptores adecuados; de gas, de agua potable cumpliendo la NOM-127-SSA1-1993, Referente a la calidad del agua potable para uso y consumo humano. Los establecimientos deberán tener un sistema de almacenamiento de agua (cisterna o tinacos) con tapa que mantenga la potabilidad del agua y en su caso instalar los sistemas de tratamiento o de complemento que sea necesario. El sistema de almacenamiento debe ser de un volumen suficiente para proporcionar agua potable de acuerdo a lo indicado en las disposiciones vigentes.*
- 5.10. *Asegurar el manejo integral de los residuos peligrosos biológico infecciosos de acuerdo con lo que indica la NOM-087-ECOL-1995.*
- 5.11. *Disminuir los riesgos de sufrir lesiones al personal de salud, técnico y auxiliar, a los usuarios y al público en general, mediante el cumplimiento del Reglamento de Protección Civil correspondiente.*
6. *Especificaciones*
 - 6.1. *Consulta Externa. ...*
 - 6.1.1. *Consultorio de medicina general o familiar.*
 - 6.1.1.1. *Debe contar con dos áreas: una, en la que se efectúa la entrevista con el paciente y acompañante y otra donde se realiza la exploración física.*
 - 6.1.1.2. *Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar unidas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento que se menciona en el Apéndice Normativo "A", con los espacios necesarios para las actividades del personal y de los pacientes y acompañantes.*
 - 6.1.1.3. *Para la exploración física se requiere que la infraestructura, el mobiliario y el equipamiento tengan la distribución que permita realizar las actividades y acciones médicas de una manera eficiente, asegurando los espacios necesarios para una circulación ágil y segura del personal médico.*
 - 6.1.1.4. *Tener un lavabo en el área.*
 - 6.1.1.5. *Si el consultorio no está ligado físicamente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio, debe contar con un botiquín de urgencias cuyo contenido se establece como Apéndice Normativo "H". En el caso de consultorios que estén interrelacionados y pertenezcan a una misma unidad médica, será suficiente con la existencia de un botiquín de urgencias.*
 - 6.1.1.6. *Contar con un sistema para guardar los expedientes clínicos cumpliendo con los requisitos que indica la NOM-168-SSA1-1998. Se presenta como Apéndice Informativo "I" el croquis de un consultorio de medicina general o familiar.*
 - 6.1.2. *Servicios de Medicina Preventiva y Terapia de Hidratación Oral.*
 - 6.1.2.1. *Para este tipo de servicio, el consultorio además de lo señalado para el consultorio de medicina general, debe contar con sistema de refrigeración para preservar los biológicos, medicamentos y otros insumos que lo requieran y con una mesa con tarja para preparar medicamentos, soluciones y otros insumos.*
 - 6.1.2.2. *Tener un diván, o una sección con asientos para que se suministren las soluciones acuosas especiales de hidratación oral. Se presenta como Apéndice Informativo "J" el croquis de un consultorio con estas facilidades.*
 - 6.1.3. *Consultorio de Estomatología.*

- 6.1.3.1. *Contar con un área para el sillón dental y sus accesorios asegurando los espacios necesarios para circular con prontitud y seguridad, otra para preparación de materiales, esterilización tanto por calor como por procedimientos químicos y facultativamente, contar con un área para entrevistas y aparato de Rayos X dental.*
- 6.1.3.2. *La instalación eléctrica requiere contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos. Todos los contactos deben estar eléctricamente polarizados y aterrizados, no usar extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto.*
- 6.1.3.3. *La instalación hidráulica debe ser complementada con un sistema local de filtración del agua que se utiliza en la jeringa triple y en la pieza de mano de alta velocidad.*
- 6.1.3.4. *Compresora de aire, lo más silenciosa posible, con filtros para aire, aislamiento de fugas de aceite y aditamentos para purgarlo.*
- 6.1.3.5. *Contar con el mobiliario, equipo e instrumental descrito en el Apéndice Normativo “B”.
Se presenta, como Apéndice Informativo “K”, un croquis para este tipo de consultorio de estomatología.*
- 6.2. *Auxiliares de Diagnóstico.*
 - 6.2.1. *Laboratorio Seco:*
 - 6.2.1.1. *Medición de algunos análisis sanguíneos y en la orina, con tiras reactivas: la precisión, la confiabilidad y la reproducibilidad de la medición con sistemas enzimáticos en tiras reactivas, ha mejorado de tal manera que es facultativa su utilización para diagnóstico de presunción, así como para el control y seguimiento de pacientes.*
 - 6.2.1.2. *Este tipo de medición semicuantitativa se puede realizar en el consultorio de medicina general o familiar, utilizando una mesa de trabajo con tarja y las tiras reactivas o los reactivos necesarios para hacer las mediciones básicas en sangre y orina que se fundamenten en el expediente clínico correspondiente. Deberán tener el espacio suficiente para realizar las actividades con agilidad y eficiencia.*
 - 6.2.2. *Laboratorio Clínico.*
 - 6.2.2.1. *Para estos establecimientos es necesario cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana que al efecto emita la Secretaría de Salud, debiendo contar con áreas para la toma de muestras y su procesamiento, de acuerdo con las diferentes tecnologías a utilizar, y para la inactivación química o esterilización, lavado y preparación de los diversos materiales. Estas áreas además del mobiliario y equipamiento deben contar con los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad y el desarrollo de las actividades específicas.*
 - 6.2.2.2. *Contar con ventilación suficiente de acuerdo al tipo de pruebas que se ejecuten, de preferencia natural o por medios mecánicos y con iluminación apropiada con control local de luz, como por ejemplo, para la mesa baja del microscopio.*
 - 6.2.2.3. *Contar con instalación eléctrica que le permita tener los contactos eléctricamente polarizados y aterrizados en número suficiente y distribuidos adecuadamente para los equipos que lo necesitan. No utilizar extensiones eléctricas. Poner particular atención en la corriente máxima que demanden los equipos del laboratorio cuando todos estén funcionando al mismo tiempo para establecer los calibres del cableado y la capacidad de los sistemas de protección contra corto circuito. Es necesario contar con interruptores termomagnéticos que controlen la energía eléctrica del laboratorio, dentro del mismo. Si el laboratorio forma parte de*

- un inmueble mayor o existen otros servicios, se requiere de un circuito eléctrico independiente y exclusivo.*
- 6.2.2.4. *Contar con instalaciones apropiadas de agua potable y sistema de drenaje para los tipos de aparatos, materiales y reactivos que se utilizan con observancia de lo que indica la NOM-01-ECOL-1996.*
 - 6.2.2.5. *Tener las tuberías de agua, aire, gases y electricidad, visibles y pintadas con colores de tal manera que cumplan con la NOM-028-STP-1993, Que coincide con acuerdos internacionales de seguridad.*
 - 6.2.2.6. *Cumplir con la NOM-087-ECOL-1995, Sobre inactivación de residuos peligrosos biológico infecciosos en el laboratorio.*
 - 6.2.2.7. *Contar con las facilidades para lavado de las manos, la cara y en particular los ojos en situaciones de emergencia.*
 - 6.2.2.8. *Cada una de las áreas del laboratorio clínico deberá contar con el mobiliario, equipo e instrumental especificado en el Apéndice Normativo "C".
Se presenta, como Apéndice Informativo "L", un croquis de un tipo de laboratorio clínico.*
 - 6.2.3. *Imágenes por Rayos X (Gabinete de Radiodiagnóstico).*
 - 6.2.3.1. *Un Servicio de Radiodiagnóstico básico requiere de sala de espera con sanitario, sala radiológica donde se ubicará como mínimo un equipo de 300 mA con mesa fija para estudios simples y dispositivo de control y disparo, un cuarto oscuro para el revelado de placas y un vestidor.*
 - 6.2.3.2. *Debe cumplir con lo especificado en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-146-SSA1-1997, Sobre las responsabilidades sanitarias en los establecimientos de diagnóstico con Rayos X; NOM-156-SSA1-1997, Sobre los requisitos técnicos para la instalación de establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X; NOM-157-SSA1-1997, Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con Rayos X y NOM-158-SSA1-1997, Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con Rayos X.*
 - 6.2.3.3. *Debe prestarse particular atención a las características de la instalación eléctrica para los equipos de Rayos X. Esta instalación deberá ser fija, del calibre adecuado al consumo eléctrico del equipo y requiere ser completamente independiente y exclusiva para el equipo de Rayos X. Es necesario contar con un circuito de desconexión eléctrica con un interruptor de capacidad mínima de 50% mayor a la corriente máxima que pueda consumir el aparato o 100% mayor a la corriente nominal de consumo del aparato. El interruptor de este circuito de desconexión debe estar accesible en un lugar cercano al aditamento de control del aparato.*
 - 6.2.3.4. *Si el servicio de Radiodiagnóstico forma parte de una unidad hospitalaria, este servicio debe localizarse cerca de los consultorios y accesible a los servicios de tratamiento.*
 - 6.2.3.5. *Los equipos móviles o portátiles pueden no requerir un circuito independiente y exclusivo de alimentación eléctrica siempre y cuando su consumo no exceda de 60 A.*
 - 6.2.3.6. *Deberá contar con el mobiliario, equipo e instrumental especificado en el Apéndice Normativo "D".
Se presenta, como Apéndice Informativo "M", un croquis de este tipo de servicio.*
 - 6.2.4. *Imágenes por ultrasonido.*
 - 6.2.4.1. *En los establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios que cuentan con este servicio, el responsable debe cumplir con lo especificado en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de*

Prestación de Servicios de atención médica, respecto a su capacitación en dicha tecnología.

6.2.4.2. *El área debe tener las dimensiones adecuadas para la colocación del mobiliario y equipo, que faciliten el procedimiento y contar con sanitario.*

6.2.4.3. *Contar con el mobiliario, equipo e instrumental especificado en el Apéndice Normativo “E”.*

6.3. *Tratamiento.*

6.3.1. *Atención del Parto.*

6.3.1.1. *Cuando por las condiciones geográficas de lejanía a unidades de mayor capacidad resolutive se podrá atender partos de urgencia en el consultorio de medicina general o familiar.*

6.3.1.2. *Cuando el consultorio no esté ligado física o referencialmente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio y por decisión del personal profesional que labora en el consultorio o por indicación institucional se atienden partos, se deberá adicionar al consultorio de medicina general o familiar un local para dicha actividad.*

6.3.1.3. *El local para dicha actividad debe contar con áreas; de observación, expulsión en condiciones asépticas, de recepción, reanimación del recién nacido y de recuperación.*

6.3.1.4. *Contar con sistema de esterilización para los materiales necesarios, llevando el control del proceso, o bien, utilizar material estéril desechable.*

6.3.1.5. *Tener el mobiliario, equipo e instrumental que se describe en el Apéndice Normativo “F”.*

Se presenta, como Apéndice Informativo “N”, el croquis de una sala de expulsión.

6.3.2. *Atención de Urgencias y Curaciones.*

6.3.2.1. *En los consultorios de medicina general o familiar, donde por su ubicación geográfica, alejada de unidades de mayor capacidad resolutive, por su ubicación en lugares con alto riesgo de recibir urgencias médicas o por decisión del personal profesional, se atienden urgencias y se efectúen curaciones en el consultorio de medicina general o familiar, deberán contar adicionalmente con lo especificado en el Apéndice Normativo “G”.*

6.3.2.2. *Los consultorios que no cuenten con servicio de urgencias, deberán contar con un botiquín de urgencias conteniendo lo establecido en el Apéndice Normativo “H”.*

7. *Elementos complementarios.*

7.1. *Lineamientos para la adecuación de la infraestructura.*

7.1.1. *Es recomendable que el área de espera proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante mientras aguarda ser atendido; así mismo que el consultorio y la sala de espera cuenten con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos y con los servicios sanitarios indispensables en la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes. No debe haber elementos o mobiliario que puedan causar lesiones a los usuarios.*

7.1.2. *Las unidades deben ser diseñadas y construidas con elementos necesarios para lograr confort ambiental agradable en los locales que integran el establecimiento de acuerdo a la función, mobiliario, equipamiento y a las condiciones climáticas de la región, con materiales y su distribución adecuada para obtener un aislamiento térmico correcto.*

7.1.3. *Las ventanas deberán dimensionarse con capacidad de iluminación y de ventilación naturales, en el porcentaje que se señale en el reglamento de construcción local.*

- 7.1.4. *En caso de iluminación artificial, tomar en cuenta lo que dispone el Programa Nacional de Ahorro de Energía, utilizar lámparas de bajo consumo energético, con apagadores independientes, instalar contactos especiales, con cableado de calibre necesario para el paso de corriente eléctrica cuando se conecten calefactores ambientales o bien sistemas de enfriamiento.*
- 7.1.5. *De acuerdo a la zona y su clasificación desde el punto de vista de riesgos sísmicos o climáticos, es conveniente que la estructura del inmueble ofrezca garantía de estabilidad; fijar los equipos, el mobiliario y aditamentos susceptibles de volcarse o caerse, siempre y cuando esto no dañe la integridad física de la estructura.*
- 7.1.6. *Los pisos, muros y plafones de la unidad deben ser de fácil limpieza, resistentes y llenar las necesidades de acuerdo a la función del local y las características del ambiente.*
- 7.1.7. *Para establecer la orientación y localización de los locales y acabados, es recomendable contar con información acerca de:*
- 7.1.7.1. *Características de asoleamiento para la orientación de la unidad.*
- 7.1.7.2. *Variaciones climáticas, estacionales y anuales, para determinar los criterios de techumbres, materiales de acabados y adecuación para la temperatura interior de los locales.*
- 7.1.7.3. *Características de los vientos dominantes para su mejor aprovechamiento de las corrientes de aire que ventilen, y las medidas de protección para el exagerado incremento de dichas corrientes de aire.*
- 7.1.7.4. *Requerimientos específicos de cada área o local, para establecer las necesidades de iluminación y de ventilación.*
- 7.1.7.5. *La magnitud de la precipitación pluvial para efecto de la construcción del desplante y en su caso de una techumbre que permita la recolección del agua.*
- 7.2. *Lineamientos para la adecuación del equipamiento.*
- 7.2.1. *La selección del equipamiento se ajustará al contenido en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipamiento emitido por el Consejo de Salubridad General.*
- 7.2.2. *El equipo debe estar debidamente garantizado en cuanto a: operación, eficiencia, durabilidad, seguridad, refacciones, programas de mantenimiento y manuales de operación y mantenimiento en idioma español.*

...

Apéndice G Normativo. Equipo para Atención de Urgencias y Curaciones

<i>Descripción</i>
Aspirador
Bolsa, válvula, mascarilla autoinflable o un tanque de oxígeno de 1 a 3 L
Collarín cervical de tres tamaños
Diversos tipos de férulas
Cánulas rectas, de diversas medidas
Laringoscopio con hojas infantil y adulto
Porta suero

Apéndice H Normativo. Materiales, Medicamentos, e Instrumental para el Botiquín de Urgencias

<i>Descripción</i>
<i>Material de curación</i>
Apósitos
Gasas
Algodón 500 g
Sutura nylon 000
Tela adhesiva
Vendas elásticas diversas medidas
Jeringas diversas medidas
Vendas de yeso
Guantes de hule estériles
Campos estériles
<i>Medicamentos del catalogo del consejo de salubridad general</i>
<i>De uno a tres de los genéricos correspondientes</i>
Para desinfección
Para anestesia local
Para cardiología
Para analgesia
Para inmunoalergias
Para intoxicaciones
Para psiquiatría
Para cardiología
Para analgesia
Para inmunoalergias
Para intoxicaciones
Para psiquiatría
<i>Instrumental</i>
Mango de bisturí
Hojas de bisturí
Pinzas de campo
Pinza de disección sin dientes
Pinza de disección con dientes
Pinzas de Kelly rectas
Pinza de Kelly curvas
Porta agujas
Tijeras quirúrgicas rectas

...

- **Norma Técnica para el Diseño Arquitectónico de Urgencias IE –13 Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Marzo de 1988.**

No se localizó el texto.

- **REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

Artículo 7. *Para los efectos de este Reglamento se entiende por:*

- III. *Establecimiento para la atención médica. Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;*

Artículo 10. *Serán considerados establecimientos para la atención médica:*

- ...
- V. *Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:*
- A) *Ambulancia de cuidados intensivos;*
 - B) *Ambulancia de urgencias;*
 - C) *Ambulancia de transporte, y*
 - D) *Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.*
- ...

Artículo 17. *Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:*

- II. *Proporcionar servicios de urgencias en los términos de la Ley y este Reglamento;*
- ...
- IV. *Proporcionar atención médica a la población en casos de desastre;*

Artículo 18. *Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.*

Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes.

...

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

El número de emergencia 066 es parte del Sistema Nacional de Seguridad Pública que en coordinación con los Gobiernos Estatales deben impulsar la creación de centrales de emergencia. El Servicio de Emergencias 066 se enfoca en servicios de emergencias médicas, rescates, accidentes vehiculares, asaltos, incendios, disturbios, servicios públicos diversos, entre otras situaciones de emergencia y auxilio.

- **Ley General que Establece la Bases de Coordinación del Sistema Nacional de Seguridad Pública de 11 de diciembre de 1995.**
<http://leyco.org/mex/fed/150.html>

Artículo 1. *La presente ley tiene por objeto establecer las bases de coordinación entre la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios para la integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el Territorio Nacional.*

Capítulo V, “De los Servicios de Atención a la Población”

Artículo 48.

El Consejo Nacional promoverá que la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios establezcan un servicio de comunicación que reciba los reportes de la comunidad, sobre las emergencias, faltas y delitos de que tenga conocimiento.

El servicio tendrá comunicación directa con las instituciones de seguridad pública, salud, protección civil y las demás asistenciales públicas y privadas.

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-237.SSA1-2004. Modifica y deroga la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, para quedar como Norma Oficial Mexicana para la Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m020ssa294.pdf>

...

- 4.7.1.3. *Toda llamada de auxilio recibida en el CRUM, deberá ser atendida, tipificada, clasificada, registrada y se llevara a cabo el seguimiento correspondiente.*
- 4.7.1.4. *La coordinación logística y operativa, así como la asesoría en la atención prehospitalaria de las urgencias medicas, será proporcionada por el personal operativo del CRUM en turno, que en todos los casos, deberá estar integrado por un médico y técnicos en urgencias medicas, que demuestren documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención prehospitalaria de las urgencias medicas en Instituciones reconocidas.*
- 4.7.1.5. *El CRUM enviara al sitio de la urgencia a la ambulancia disponible más adecuada que se encuentre más cercana, para brindar la atención inmediata y apropiada y, de acuerdo a la gravedad del caso, coordinara el traslado al servicio de urgencias del establecimiento para la atención médica, que resulte más conveniente.*

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-237.SSA1-2004. Modifica y deroga la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, para quedar como Norma Oficial Mexicana para la Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m020ssa294.pdf>

1. Objeto y campo de aplicación

- 1.1. *Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios mínimos que se deben observar en la atención prehospitalaria de las urgencias medicas, los requisitos y características del personal involucrado, así como el equipamiento e insumos mínimos para las unidades móviles tipo ambulancia.*

- 1.2. *Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios médicos, de los sectores público, social y privado, que brinden traslado y atención prehospitilaria de las urgencias médicas, excepto los destinados a los servicios de las fuerzas armadas en algunos numerales, por ordenamiento jurídico específico.*

Quedan excluidas las unidades destinadas a la obtención de órganos y tejidos con fines terapéuticos.

...

4.1. *De las ambulancias en general:*

- 4.1.1. *Deben ser utilizadas únicamente para el propósito que hayan sido autorizadas y queda prohibido transportar o almacenar cualquier material que ponga en peligro la vida o salud del paciente y del personal que preste el servicio.*

- 4.1.2. *Deberán cumplir con las disposiciones en la materia, para la utilización del equipo de seguridad y protección del paciente y personal que proporcione los servicios.*

4.1.2.1. *Deberán cumplir con las disposiciones en la materia, para el manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.*

4.1.2.2. *Deberá recibir capacitación periódica, todo personal que preste servicios de salud a bordo de una ambulancia, atendiendo a su denominación y nivel resolutive.*

- 4.1.3. *Para garantizar condiciones adecuadas de funcionamiento y seguridad, el vehículo y el equipo deberán recibir mantenimiento periódico, de acuerdo con los lineamientos establecidos por las autoridades competentes.*

- 4.1.4. *Deben apegarse a la reglamentación que establezca la Federación y entidades federativas en relación al tránsito, control de emisión de contaminantes, uso de mar territorial y espacio aéreo.*

- 4.1.5. *Deberán participar, bajo la coordinación de las autoridades que corresponda, en las tareas de atención de incidentes con múltiples víctimas y en los casos de desastre.*

- 4.1.6. *Deberán portar al frente, en los costados y en la parte posterior la leyenda AMBULANCIA, en la parte frontal su imagen deberá ser en espejo, es decir, "invertida", en material reflejante y en color contrastante con el vehículo, con letras de tamaño no menor a 10 centímetros; además en los costados se especificara el tipo de ambulancia de que se trate: traslado, urgencias básicas o avanzadas o, cuidados intensivos, en su caso, deberán rotularse toldo, cubierta y fuselaje. La cabina para el paciente deberá contar con vidrios que impidan la visibilidad desde el exterior, pueden ser polarizados, entintados, esmerilados, opacos u otros. Excepción hecha para las ambulancias de las fuerzas armadas.*

- 4.1.7. *Deberán contar con un rotulo en donde se especifique la institución a la que pertenecen o razón social y el numero económico de la unidad, en material reflejante y en color contrastante con el vehículo, ubicado en los costados y en la parte posterior de la unidad, con caracteres de tamaño no menor a 8 centímetros y en el toldo del vehículo con caracteres de tamaño no menor a 40 centímetros.*

4.2. *De las ambulancias terrestres (De traslado, urgencias básicas o avanzadas y cuidados intensivos)*

- 4.2.1. *Deberán contar con dos lámparas que emitan luces rojas y blancas hacia adelante, de manera intermitente y una torreta con lámparas giratorias de 360 grados o estroboscópicas o intermitentes que proyecten luz roja, visibles desde una distancia de 150 metros.*

4.2.1.1. *Deberán contar con una sirena mecánica o electrónica, que genere sonidos de 124 decibeles en promoción.*

4.2.1.2. *El uso de la sirena y las luces de emergencia se limitara estrictamente a la necesidad de solicitar paso preferente al acudir al llamado de una urgencia o durante el traslado de un paciente en estado grave o critico. Las luces de emergencia, podrán emplearse de manera independiente, con o sin el uso de la sirena siempre que exista un paciente a bordo de la ambulancia, dependiendo de su condición o estado de salud.*

- 4.2.2. *Deberán contar con un compartimiento de atención, el cual deberá ser diseñado para tener espacio libre, que de cabida al menos a un paciente en carro camilla y a dos integrantes de la tripulación que lo atiendan y que puedan ser trasladados sentados.*
 - 4.2.2.1. *El compartimiento de atención, debe contar con un sistema de iluminación con suficiente intensidad para permitir la evaluación del paciente y la identificación apropiada de los materiales y suministros que se requieran para la atención del mismo.*
- 4.2.3. *En el compartimiento de atención del paciente, las ambulancias de urgencias y cuidados intensivos, deberán tener como mínimo 1.60 metros de altura, 1.90 metros de ancho y 2.50 metros de largo.*
 - 4.2.3.1. *Las ambulancias de traslado deberán tener como mínimo, 1.35 metros de altura, 1.50 metros de ancho y 2.00 metros de largo.*
- 4.2.4. *Deberán contener los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros y medicamentos especificados en los apéndices normativos, según corresponda a cada tipo de ambulancia.*
- 4.3. *De las ambulancias aéreas y marítimas*
 - 4.3.1. *Deben estar configuradas de acuerdo a las especificaciones de diseño del fabricante y contar con un área de cuidado que permita la atención del paciente durante su traslado, así como espacio suficiente para acomodar cuando menos, a un médico o técnico en urgencias médicas o personal de enfermería capacitado.*
- 4.4. *Del equipamiento Las ambulancias deberán observar los contenidos especificados en los numerales de los apéndices normativos que correspondan al tipo de ambulancia de que se trate, cuidando observar las características particulares del equipo que debe emplearse en condiciones de vuelo.*
- 4.5. *De los suministros Las ambulancias deberán observar los contenidos especificados en los numerales de los apéndices normativos que correspondan al tipo de ambulancia de que se trate.*
- 4.6. *Del personal*
 - 4.6.1. *En ambulancias de traslado.*
 - 4.6.1.1. *Deben contar con un operador de ambulancia que demuestre documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención prehospitalaria de las urgencias médicas.*
 - 4.6.2. *En ambulancias de urgencias básicas o avanzadas.*
 - 4.6.2.1. *Deben contar con un operador de ambulancia que demuestre documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención prehospitalaria de las urgencias médicas y al menos un técnico en urgencias médicas con diploma legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.*
 - 4.6.3. *En ambulancias de cuidados intensivos.*
 - 4.6.3.1. *Debe contar con un operador de ambulancia que demuestre documentalmente haber acreditado cursos de atención prehospitalaria, un recurso de enfermería o un técnico en urgencias médicas, que demuestren documentalmente haber acreditado cursos de atención prehospitalaria, manejo de pacientes en estado crítico y cuidados intensivos, avalados por Instituciones reconocidas.*
 - 4.6.3.2. *Debe contar con un médico especialista con capacitación en atención prehospitalaria, manejo de pacientes en estado crítico y cuidados intensivos.*
 - 4.6.4. *En ambulancias aéreas.*
 - 4.6.4.1. *Deberá contar con un piloto aviador que deberá cumplir con lo que establezca la Dirección General de Aeronáutica Civil, a excepción de las ambulancias de las fuerzas armadas.*
 - 4.6.4.2. *Debe contar con un técnico en urgencias médicas o un recurso de enfermería con capacitación en atención prehospitalaria de las urgencias médicas, con diploma*

expedido por autoridad educativa competente, en ambos casos es necesario que demuestren documentalmente haber acreditado cursos de medicina aeroespacial.

- 4.6.4.3. *En el caso que se proporcione servicio de cuidados intensivos, deberá contar con un médico especialista que demuestre documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos de manejo del paciente en estado crítico y cuidados intensivos. En ambos casos, se requiere además tener conocimientos de medicina aeroespacial.*

4.7. *De la atención de las urgencias pre hospitalarias.*

4.7.1. *Del sitio de la urgencia médica.*

- 4.7.1.1. *La atención médica se brindara en aéreas geográficas determinadas por el CRUM, conforme lo indiquen los criterios de regionalización, isócronas de traslado de la base de ambulancias al sitio de la urgencia médica.*
- 4.7.1.2. *La solicitud de atención prehospitallaria se hará directamente al CRUM a través de un número telefónico Único, gratuito de tres dígitos y preferentemente medicalizado. Este organismo se enlazara con los establecimientos para la atención médica fijos y móviles, por medio de un sistema de radiocomunicación que pueda acceder a las Frecuencias de las instancias involucradas o a través de cualquier otro sistema de comunicación que resulte conveniente para los fines de coordinación.*
- 4.7.1.3. *Toda llamada de auxilio recibida en el CRUM, deberá ser atendida, tipificada, clasificada, registrada y se llevara a cabo el seguimiento correspondiente.*
- 4.7.1.4. *La coordinación logística y operativa, así como la asesoría en la atención prehospitallaria de las urgencias medicas, será proporcionada por el personal operativo del CRUM en turno, que en todos los casos, deberá estar integrado por un médico y técnicos en urgencias medicas, que demuestren documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención prehospitallaria de las urgencias medicas en Instituciones reconocidas.*
- 4.7.1.5. *El CRUM enviara al sitio de la urgencia a la ambulancia disponible más adecuada que se encuentre más cercana, para brindar la atención inmediata y apropiada y, de acuerdo a la gravedad del caso, coordinara el traslado al servicio de urgencias del establecimiento para la atención médica, que resulte más conveniente.*
- 4.7.1.6. *El TUM o el personal responsable de la atención en la ambulancia, reportara al CRUM los hallazgos clínicos y en su caso, el diagnostico presuncional, el estado psicofísico del paciente, así como las necesidades inmediatas que requieren ser preparadas en el establecimiento para la atención medica al que se dirige; todos estos eventos deben quedar asentados en un formato para el registro de la atención prehospitallaria de las urgencias medicas.*
- 4.7.1.7. *El manejo de la atención prehospitallaria deberá realizarse de acuerdo a los protocolos escritos, que para la naturaleza del evento tenga definidos la institución responsable de brindar la atención prehospitallaria. Los contenidos podrán diferir por cada institución, de acuerdo a la lex artis medica. En todos los casos, los protocolos deberán estar avalados y firmados por la autoridad médica o el responsable sanitario del servicio de ambulancias.*
- 4.7.1.8. *Los formatos para el registro de la atención prehospitallaria de las urgencias médicas, independientemente del diseño que cada institución desarrolle, deberán contener como mínimo, los siguientes campos para el registro de información:*
 - 1. *Datos de registro: Numero progresivo del folio del formato.*
 - 2. *Fecha del servicio: Día, mes y ano.*

3. *Identificación de la ambulancia: Número económico, placas e Institución a la que pertenece.*
 4. *Tipo de servicio: Traslado, urgencia o cuidados intensivos.*
 5. *Lugar de ocurrencia de la urgencia: Hogar, escuela, trabajo, instalaciones deportivas, de recreación o vía pública u otras.*
 6. *Hora de salida de la ambulancia de la base; hora de primer contacto.*
 7. *Hora de fin de la atención o alta del paciente: En el sitio de la urgencia o de la recepción del paciente en el establecimiento para la atención médica.*
 8. *Identificación del personal operativo: Operador de la unidad, TUM u otros prestadores de servicios de salud.*
 9. *Datos del paciente: Nombre, edad y sexo o media filiación*
 10. *Antecedentes personales patológicos.*
 11. *Padecimiento actual: Causa traumática o no traumática de la urgencia. Descripción del mecanismo de lesión, enfermedad súbita, enfermedad crónica o complicación de enfermedad crónica, según proceda.*
 12. *Exploración física básica: Signos vitales, estado y coloración de la piel y estado de pupilas.*
 13. *Descripción de lesiones o afecciones: Localización, tipo de afectación a órganos, aparatos o sistemas.*
 14. *Manejo proporcionado: Vía aérea, ventilación, circulación, líquidos endovenosos, fármacos, inmovilización, así como cualquier otra observación.*
 15. *Derivación del paciente: Establecimiento para la atención médica, el hogar o alta en el sitio; cuando aplique, datos y firmas de los responsables que entregan y reciben al paciente.*
- 4.7.2. *Del traslado del paciente al servicio de urgencias en establecimientos para la atención médica.*
- 4.7.2.1. *En caso necesario, el CRUM brindará asesoría, apoyo médico y asistencia en la aplicación de protocolos para el manejo de pacientes graves a las ambulancias que lo requieran, por medio de sistemas de comunicación de radio o cualquier otro medio que resulte apropiado.*
 - 4.7.2.2. *Los traslados dependerán de la regionalización del CRUM, de la causa del evento crítico del paciente, de la ubicación, disponibilidad y capacidad resolutive, tanto del establecimiento para la atención médica, como de las ambulancias, así como de las rutas e isócronas de traslado.*
 - 4.7.2.3. *El CRUM deberá dar aviso con oportunidad al establecimiento para la atención médica sobre la posibilidad de traslado del paciente que recibe atención prehospitalaria en una ambulancia, para que se decida, previa valoración del caso, su ingreso y tratamiento inmediato o en su defecto, el traslado a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive.*
 - 4.7.2.4. *El TUM o el personal responsable que atendió y estuvo a cargo del traslado del paciente, deberá consignar en un formato para el registro de atención prehospitalaria, todos los eventos ocurridos con motivo de la atención de un paciente, debiendo considerar desde que la ambulancia acudió al llamado, hasta el momento en que el paciente es entregado en un establecimiento para la atención médica, es dado de alta en el lugar del suceso u otro sitio de finalización del traslado.*
 - 4.7.2.5. *El personal médico o paramédico de la ambulancia que lleve a cabo el traslado, es responsable del paciente durante el mismo, toda vez que es considerada un establecimiento para la atención médica.*
- 4.7.3. *De la recepción del paciente en el establecimiento para la atención médica.*

- 4.7.3.1. *El personal del establecimiento para la atención médica o de la ambulancia en su caso, dará aviso al ministerio público cuando se presuma que se trata de un caso médico legal.*
- 4.7.3.2. *Conforme a un formato que diseñe cada Institución, se cotejarán, recibirán y aceptarán las pertenencias que fueron recibidas por el personal del establecimiento para la atención médica a que fue referido el paciente.*
- 4.7.3.3. *En el expediente clínico, deberá integrarse una copia del formato de registro de la atención prehospitalaria, que el personal de la ambulancia debe entregar en el establecimiento para la atención médica a que fue referido el paciente.*

...

9. Apéndices normativos

Apéndice normativo "A". Las ambulancias terrestres de urgencias básicas deberán contar como mínimo con:

1. *Los recursos físicos de apoyo:*
 - 1.1. *Equipo de radiocomunicación en condiciones adecuadas de funcionamiento, compatible con los equipos y frecuencias del Centro Regulador de Urgencias Médicas;*
 - 1.2. *Equipo básico.*
 - 1.2.1. *Equipo básico de herramientas de mano.*
 - 1.2.2. *Equipo básico de señalización.*
 - 1.2.3. *Neumático de refacción con accesorios (gato y llave de cruz).*
 - 1.2.4. *Juego de cables pasa-corriente.*
 - 1.2.5. *Un extintor contra fuego como mínimo.*
 - 1.2.6. *Cinturones de seguridad en todos los asientos*
 - 1.2.7. *Lámpara portátil de emergencia.*

El numeral 1.2 aplica a todo tipo de ambulancia terrestre (traslado, urgencias básicas, avanzadas y cuidados intensivos).
2. *Equipo médico:*
 - 2.1. *Carro camilla rodante y camilla adicional tipo marina o militar;*
 - 2.2. *Estetoscopio binauricular adulto y pediátrico;*
 - 2.3. *Esfigmomanómetro con brazaletes táñanos pediátrico y adulto;*
 - 2.4. *Collarines cervicales semirrígidos, tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza;*
 - 2.5. *Equipo de cánulas orofaríngeas;*
 - 2.6. *Ganchos porta sueros;*
 - 2.7. *Reanimadores de balón con válvula de no reinhalación, con vías de entrada de oxígeno, dispositivos de concentración y válvulas de liberación. En el caso del neonato con balón de 250 mililitros, lactante con balón de 500 mililitros, pediátrico con balón de 750 mililitros y adultos con balón de 1000 mililitros, y un juego de mascarillas transparentes en tamaños 0,1,2,3,4 y 5;*
 - 2.8. *Estetoscopio de Pinard;*
 - 2.9. *Tanque de oxígeno portátil, mínimo tamaño "D" o "E", con manómetro regulador y flujómetro;*
 - 2.10. *Tanque fijo de oxígeno de por lo menos tres metros cúbicos con manómetro, flujómetro y humidificador;*
 - 2.11. *Equipo esterilizado para atención de parto, el cual debe contar por lo menos con: charola de Mayo, budinera, 1 pinza Foerster (anillos), 3 pinzas Rochester curvas o 2 pinzas Kelly curvas, 1 pinza de disección sin dientes, 1 pinza de disección con dientes, onfalotomo, tijera Mayo, porta agujas Mayo Hegar, cinta umbilical o similar, perilla para aspiración y seis campos;*
 - 2.12. *Camilla rígida y tabla corta con un mínimo de cinco bandas de sujeción o chaleco de extracción;*

- 2.13. *Equipos de aspiración de secreciones, fijo y portátil;*
- 2.14. *Férulas para miembros torácicos y pélvicos;*
- 2.15. *Cánulas nasofaríngeas;*
- 2.16. *Desfibrilador portátil automatizado externo;*
- 2.17. *Termómetros oral y rectal.*
3. *Suministros*
 - 3.1. *Equipo desechable para venoclisis con macrogotero y microgotero;*
 - 3.2. *Catéteres venosos cortos estériles para aplicación percutánea, calibres 14 a 24;*
 - 3.3. *Apósitos y gasas estériles y no estériles de diferentes medidas;*
 - 3.4. *Jeringas desechables de 3, 5, 10 y 20 mililitros, con agujas de los números 14 al 25 y jeringas para insulina con agujas;*
 - 3.5. *Torundas secas y con alcohol;*
 - 3.6. *Jabón quirúrgico, solución de cloruro de benzalconio y yodopolividina espuma;*
 - 3.7. *Guantes quirúrgicos estériles y no estériles, cubrebocas, gorros quirúrgicos y lentes de protección;*
 - 3.8. *Vendas elásticas de 5, 10, 15, 20 y 30 centímetros de ancho;*
 - 3.9. *Tela adhesiva de 5 centímetros de ancho;*
 - 3.10. *Cánula de Yankauer y sondas blandas de aspiración;*
 - 3.11. *Puntas nasales para oxígeno, mascarillas con bolsa reservorio de no reinhalación y mascarilla simple, ambas en diversas medidas;*
 - 3.12. *Ligaduras;*
 - 3.13. *Rastrillo desechable para afeitar;*
 - 3.14. *Contenedor color rojo para material punzocortante, bolsa roja y bolsa amarilla para residuos patológicos;*
 - 3.15. *Sábanas y cobertores;*
 - 3.16. *Rinones;*
 - 3.17. *Tiras reactivas para determinación de glucosa en sangre;*
 - 3.18. *Sábana térmica;*
 - 3.19. *Sábana para quemados;*
 - 3.20. *Vendas triangulares;*
 - 3.21. *Mascarillas con filtro N-95;*
 - 3.22. *Batas protectoras;*
 - 3.23. *Tarjetas para clasificación de lesionados (triage);*
 - 3.24. *Guía para identificación de materiales peligrosos.*
4. *Medicamentos y soluciones*
 - 4.1. *Analgesia*
 - 4.1.1. *Ácido acetilsalicílico tabletas 100 y 500 mg.*
 - 4.2. *Cardiología*
 - 4.2.1. *Trinitrato de glicerilo cápsulas, tabletas masticables 0.8 mg. o spray.*
 - 4.2.2. *Isosorbida tabletas de 5 mg sublingual o 10 mg vía oral.*
 - 4.3. *Enfermedades inmunoalérgicas*
 - 4.3.1. *Epinefrina solución inyectable 1 mg 1:1000/ml.*
 - 4.4. *Intoxicaciones*
 - 4.4.1. *Carbón activado en polvo o suspensión.*
 - 4.5. *Endocrinología*
 - 4.5.1. *Glucosa en gel.*
 - 4.6. *Neumología*
 - 4.6.1. *Salbutamol aerosol.*
 - 4.7. *Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma.*

- 4.7.1. Agua bidestilada solución inyectable;
- 4.7.2. Cloruro de Sodio solución al 0.9%;
- 4.7.3. Glucosa solución al 5%, 10% y 50%.
- 4.7.4. Solución Hartmann;
- 4.7.5. Electrolitos orales;

Apéndice normativo “B”. Las ambulancias terrestres de urgencias avanzadas deberán contar como mínimo con:

1. *Recursos físicos de apoyo*
Deberán cumplir con los numerales del apéndice normativo “A”.
2. *Equipo médico*
 - 2.1. Doppler fetal;
 - 2.2. Estuche de diagnóstico;
 - 2.3. Mangos de laringoscopio; adulto y pediátrico con hojas rectas, números 0, 1, 2, 3 y 4, y hojas curvas números 1, 2, 3 y 4;
 - 2.4. Pantalón neumático anti-shock;
 - 2.5. Estilete para tubo endotraqueal;
 - 2.6. Pinzas de Magill;
 - 2.7. Oxímetro de pulso;
 - 2.8. Monitor desfibrilador portátil externo con marcapasos transcutáneo;
 - 2.9. Ventilador automático de transporte;
 - 2.10. Infusor de presión para soluciones;
 - 2.11. Equipo para osteclisis pediátrica.
3. *Suministros*
 - 3.1. Equipo alternativo de la vía aérea: combitubo, mascarilla laringea, obturador esofágico u otros;
 - 3.2. Tubos endotraqueales con globo de alto volumen y baja presión, con válvula conector y escala en milímetros en calibres números 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5 y 9.0;
 - 3.3. Tubos endotraqueales sin globo, con válvula conector y escala en milímetros en calibres números 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 5.5;
 - 3.4. Electrodo de parche autoadheribles para adulto y pediátricos compatibles con el equipo desfibrilador existente y electrodos para marcapasos transcutáneo;
 - 3.5. Jalea lubricante hidrosoluble y pasta conductiva para monitoreo electrocardiográfico;
 - 3.6. Sondas de Nelaton, Levin y Foley con bolsas para recolección.
4. *Medicamentos y soluciones*
 - 4.1. *Analgesia*
 - 4.1.1. Ketorolaco solución inyectable 30 mg;
 - 4.1.2. Metamizol solución inyectable 500 mg;
 - 4.1.3. Fentanilo solución inyectable 500 mcg;
 - 4.2. *Cardiología*
 - 4.2.1. Atropina solución inyectable 1 mg;
 - 4.2.2. Captopril tabletas 25 mg;
 - 4.2.3. Nifedipino cápsulas 10 mg;
 - 4.2.4. Lidocaína simple al 1 y 2%;
 - 4.2.5. Amiodarona solución inyectable 150 mg;
 - 4.3. *Enfermedades inmunológicas*
 - 4.3.1. Hidrocortisona solución inyectable 100 mg y 500 mg;
 - 4.3.2. Metilprednisolona solución inyectable 40 mg;

- 4.4. *Gastroenterología*
 - 4.4.1. *Butilioscina solución inyectable 20 mg;*
- 4.5. *Gineco Obstetricia*
 - 4.5.1. *Oxitocina solución inyectable 5 U.I.;*
- 4.6. *Intoxicaciones*
 - 4.6.1. *Naloxona solución inyectable 0.4 mg;*
 - 4.6.2. *Multivitamínico para infusión.*
 - 4.6.3. *Clorhidrato de Cloropiramina solución inyectable 20 mg/2 ml.*
 - 4.6.4. *Lumazenil solución inyectable 0.5 mg;*
- 4.7. *Neumología*
 - 4.7.1. *Ipratropio aerosol;*
- 4.8. *Neurología*
 - 4.8.1. *Diazepam solución inyectable 10 mg;*
 - 4.8.2. *Fenitoina solución inyectable 250 mg/5 ml;*
 - 4.8.3. *Furosemide solución inyectable de 20 mg;*
 - 4.8.4. *Manitol solución inyectable 50 g/250 ml;*
- 4.9. *Otorrinolaringología*
 - 4.9.1. *Difenidol solución inyectable 40 mg;*
- 4.10. *Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma*
 - 4.10.1. *Bicarbonato de sodio solución inyectable 0.75 g/10 ml;*
 - 4.10.2. *Gluconato de calcio sol. 1 g/10 ml al 10%;*
 - 4.10.3. *Polimerizado de Gelatina al 4% en 100 ml;*
 - 4.10.4. *Sulfato de magnesio solución inyectable 1 g/10 ml;*
- 4.11. *Anestesia*
 - 4.11.1. *Midazolam solución inyectable 5 mg/5 ml;*
 - 4.11.2. *Succinilcolina solución inyectable 40 mg/2 ml;*
 - 4.11.3. *Vecuronio solución inyectable 4 mg/2 ml;*

Apéndice normativo “C”. Las ambulancias terrestres de cuidados intensivos deberán contar como mínimo con:

1. *Recursos físicos de apoyo*
Deberán cumplir con los numerales de los Apéndices Normativos “A” y “B”.
2. *Equipo médico*
 - 2.1. *Incubadora de transporte solo en unidades que ofrezcan cuidados perinatales;*
 - 2.2. *Equipo para canalización de vasos umbilicales, solo en unidades que ofrezcan cuidados perinatales, debe contar por lo menos con un riñón de 250 mililitros, un vaso graduado de 60 mililitros, una tijera de Mayo, una pinza de disección sin dientes, un portaagujas Mayo Hegar y una pinza tipo mosquito;*
 - 2.3. *Equipo básico de sutura;*
 - 2.4. *Capnómetro o capnógrafo;*
 - 2.5. *Bombas de infusión;*
 - 2.6. *Micronebulizador;*
 - 2.7. *Desfibrilador manual, marcapasos transcutáneo y registro electrocardiográfico de 12 derivaciones;*
 - 2.8. *Monitor multiparamétrico (presión no invasiva, ecg, temperatura, pvc, curva respiratoria, etc.)*
3. *Suministros*
 - 3.1. *Equipo para pleurostomía;*
 - 3.2. *Llaves de tres vías;*
 - 3.3. *Catéteres venosos centrales;*

- 3.4. *Equipo para medición de presión venosa central;*
- 3.5. *Material de sutura;*
- 3.6. *Catéteres para canalización de vasos umbilicales, solo en unidades que ofrezcan cuidados perinatales.*
4. *Medicamentos y soluciones*
 - 4.1. *Analgesia*
 - 4.1.1. *Clorhidrato de Nalbufina solución inyectable 10 mg/1 ml;*
 - 4.1.2. *Sulfato de Morfina solución inyectable 200 mg/20 ml;*
 - 4.1.3. *Diclofenaco sódico solución inyectable 75 mg/3 ml;*
 - 4.2. *Otorrinolaringología*
 - 4.2.1. *Dimenhidrinato solución inyectable 50 mg/1ml;*
 - 4.3. *Cardiología*
 - 4.3.1. *Adenosina solución inyectable 6 mg/ 2 ml;*
 - 4.3.2. *Dobutamina solución inyectable 250 mg/ 20 ml;*
 - 4.3.3. *Dopamina solución inyectable 200 mg/5 ml;*
 - 4.3.4. *Esmolol solución inyectable 100 mg/5 ml;*
 - 4.3.5. *Verapamilo solución inyectable 5 mg/1 ml;*
 - 4.3.6. *Heparina solución inyectable 1000 U.I./ml.*
 - 4.4. *Neumología*
 - 4.4.1. *Aminofilina solución inyectable 250 mg/10 ml;*
 - 4.4.2. *Beclometasona aerosol;*
 - 4.4.3. *Terbutalina solución inyectable 0.25 mg/ ml;*
 - 4.5. *Neurología*
 - 4.5.1. *Fenobarbital solución inyectable 330 mg/ 2 ml;*
 - 4.5.2. *Haloperidol solución inyectable 5 mg/1 ml.*
 - 4.6. *Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma*
 - 4.6.1. *Cloruro de Potasio solución inyectable 1.49 g/10 ml; (20 mEq de potasio y 20 mEq de cloruro);*
 - 4.6.2. *Dextran RMI en solución salina;*
 - 4.6.3. *Fosfato de potasio solución inyectable 10 ml;*
 - 4.7. *Anestesia*
 - 4.7.1. *Etomidato solución inyectable 20 mg/10 ml;*
 - 4.7.2. *Rocuronio solución inyectable 10 mg/10ml;*
 - 4.7.3. *Atracurio solución inyectable 100 mg/10 ml.*
 - 4.8. *Otros*
 - 4.8.1. *Vitamina K solución inyectable 50 mg/5 ml;*
 - 4.8.2. *Vitamina C solución inyectable 1 g/10 ml*

Apéndice normativo “D”. Las ambulancias aéreas y marinas de urgencias básicas, urgencias avanzadas o cuidados intensivos deberán contar como mínimo con:

1. *Recursos físicos de apoyo:*
 - 1.1. *Equipo de radiocomunicación tierra-aire, aire-aire y aire-tierra, aire-mar-tierra,*
 - 1.2. *Equipo de supervivencia, para la tripulación y pacientes.*
2. *Equipo médico*
 - 2.1. *Deberán cumplir con los numerales de los Apéndices Normativos “A”, “B” y “C” según se trate.*
 - 2.2. *En el caso de cuidados intensivos y previa aprobación del fabricante de la aeronave para su instalación y uso, deberá contar además con:*
 - 2.2.1. *Estetoscopio con supresor de ruido;*

3. Suministros

3.1. Deberán cumplir con los numerales de los Apéndices Normativos “A”, “B” y “C” según se trate.

4. Medicamentos y soluciones

4.1. Deberán cumplir con los numerales de los Apéndices Normativos “A”, “B” y “C” según se trate.

4.2. En el caso de soluciones, deberán ser en bolsas o frascos de plástico.

Apéndice informativo “A”. Guía de competencias profesionales para la formación del técnico en urgencias médicas

El perfil de competencias profesionales del Técnico en Urgencias Médicas (TUM) permite integrar el perfil profesional mínimo requerido. La guía es una plataforma básica para homologar criterios en la formación del TUM.

...

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 30-12-2009.**

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

Artículo 35. *Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.*

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables

Artículo 36. *Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.*

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias. Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.

- **Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de servicios Médicos Extrainstitucionales de 31 de marzo de 2005**

<http://www.contraloria.df.gob.mx/prontuario/vigente/957.htm>

Capítulo primero. Disposiciones generales

Artículo 1. *El presente Reglamento tiene por objeto regular la recepción, sustanciación, tramitación y resolución de las Solicitudes de Reembolso de los gastos realizados por la prestación de Servicios Médicos a los derechohabientes o sus familiares beneficiarios en el ámbito extrainstitucional, derivados de una NEGATIVA, DEFICIENCIA o IMPOSIBILIDAD en la prestación de Servicios Médicos en Unidades Médicas del Instituto y, en su caso, en las Unidades Médicas Subrogadas.*

Artículo 2. *Este Reglamento será de observancia obligatoria para los derechohabientes, sus familiares y/o representantes que soliciten reembolso de gastos por servicios médicos realizados en el ámbito extrainstitucional, así como para los servidores públicos que integran el Comité y Subcomité Técnicos, las Comisiones Delegacionales de Solicitudes de Reembolso, las Unidades o Departamentos, y las Unidades Médicas del Instituto.*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República de Nicaragua.**
<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Nica/nica95.html>

Artículo 59. *Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*

Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Artículo 105. *Los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos. Las instalaciones e infraestructura de dichos servicios propiedad del Estado, no pueden ser enajenados bajo ninguna modalidad.*

Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil. Los servicios estatales de salud y educación deberán ser ampliados y fortalecidos. Se garantiza el derecho de establecer servicios privados en las áreas de salud y educación.

- **Ley No. 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de Mayo del 2002.**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 5. *Principios Básicos. Son principios de esta Ley:*

1. *Gratuidad: Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, personas de la tercera edad y discapacitados.*
2. *Universalidad: Se garantiza la cobertura del servicio de salud a toda la población, conforme los términos previstos en los regímenes que se establecen en la presente Ley.*
3. *Solidaridad: Se garantiza el acceso a los servicios esenciales de salud, a través de la contribución y distribución de los recursos y conforme las reglas propias de los diferentes regímenes que se establecen en la presente Ley.*
4. *Integralidad: Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y la comunidad, de acuerdo a los diferentes planes de salud.*
5. *Participación Social: Se garantiza la participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.*
6. *Eficiencia: Optimizar los recursos del sector social, a fin de brindar los servicios esenciales que requiere la población.*
7. *Calidad: Se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible.*

8. *Equidad: Oportunidad que tiene la población de accederá los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores vulnerables, para resolver sus problemas de salud.*
9. *Sostenibilidad: Se garantiza la viabilidad del sector, a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud, de manera que no decaiga o se extinga por factores políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles.*
10. *Responsabilidad de los ciudadanos: Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades.*

Artículo 6. *Configuración de Beneficios: El Estado, a través del Ministerio de Salud, para hacer efectivos los derechos sobre la salud, establecidos en la Constitución Política y las leyes respectivas, regulará y establecerá los distintos regímenes establecidos en la presente Ley.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de Mayo del 2002.**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 8. *Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:*

...

15. *A recibir en cualquier establecimiento de salud público o privado, atención médica - quirúrgica de emergencias cuando la necesite mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. El Reglamento de la presente Ley establecerá los criterios para la calificación de la situación de emergencias y las condiciones de reembolso económico a la unidad de salud por los servicios prestados al paciente.*
16. *El usuario, o su representante según sea del caso, tiene derecho de examinar y recibir todas las explicaciones que le permitan una comprensión integral de la factura y en particular de todos los gastos que se han generado, con independencia de la persona o entidad que deba asumir el costo.*

...

Artículo 52. *Programa por Emergencias. Corresponde prestar a todas las entidades públicas o privadas que tengan a su cargo la provisión de servicios dentro del Sector Salud en el territorio nacional, la atención de emergencia sin que sea necesario ningún requisito al usuario como condición para su atención.*

Todas las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud deberán garantizar la atención de emergencia conforme sus niveles de complejidad para los servicios que han sido habilitadas.

Las instituciones no podrán imponer, crear barreras o impedir el acceso a la población que requiera esta clase de servicio.

El Reglamento de esta Ley definirá los términos entre los diferentes proveedores de salud y su relación con las entidades aseguradoras.

- **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud.**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 80. *Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privado tienen las obligaciones siguientes:*

1. *Acatar toda disposición establecidas por el MINSA, en caso de emergencia sanitaria.*

2. *Apoyar las acciones de salud dirigida a los procesos de prevención de las enfermedades priorizadas por el MINSA.*
3. *Atender al usuario que manifieste una condición médica de emergencia, de acuerdo a lo definido en el capítulo XI del Título X del presente Reglamento.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud.**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 7. *Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán:*

1. *Exhibir en lugar visible los derechos de los usuarios en general*

Entre los derechos de los usuarios, la ley General de Salud incluye el derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud público o privado, atención médica - quirúrgica de emergencias cuando la necesite mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud (Artículo 8, inciso 15).

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley No. 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de Mayo del 2002.**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 8. *Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:*

...

4. *A ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención. Cuando el usuario requiera la información por medio escrito le deberá ser entregada por esa vía.*
5. *Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud públicas o privadas, salvo las excepciones legales.*
6. *Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de: raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical, tipo de enfermedad o padecimiento, o cualquier otra condición, conforme los tratados internacionales que sean suscritos por la República de Nicaragua.*
7. *A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o procedimientos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, sin ser debidamente informado sobre la condición experimental de estos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento por escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.*
8. *El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado*

en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario, salvo las siguientes excepciones:

- a. Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.*
- b. Cuando el paciente esté incapacitado para tomar decisiones en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.*
- c. Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.*

La negativa por escrito a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario el alta voluntaria.

- 9. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencia. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.*
- 10. A que se le extienda certificado de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal, reglamentaria o por solicitud del interesado.*
- 11. A ser representados en las diferentes instancias de participación social que para tal efecto promueva el Ministerio de Salud, orientadas a mejorar la calidad de la prestación del servicio, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollan.*
- 12. A que quede constancia en el expediente clínico de todo su proceso de atención, en todas y cada una de las instancias del sector salud. Al finalizar la atención del usuario en una unidad de salud, el paciente, familiar o personas con suficiente poder de representación legal, recibirá su informe de alta.*
- 13. A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos en la presente Ley y su Reglamento.*
- 14. A exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.*

• **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud.**

<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

De los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

Artículo 6. *De acuerdo a los principios establecidos en la Ley, la provisión pública de servicios de salud estará dirigida a los sectores vulnerables de la población, entre los cuales se dará prioridad a la población materno infantil, tercera edad y discapacitados.*

Artículo 7. *Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán:*

- 1. Exhibir en lugar visible los derechos de los usuarios en general.*
- 2. Contar con un sistema de señalización que facilite la localización y ubicación de los servicios.*
- 3. Contar con rampas de acceso y comunicación interna para los usuarios con discapacidad.*
- 4. Asegurar ambientes de espera ventilados y limpios con acceso a agua potable y a servicios higiénicos.*
- 5. Facilitar la comunicación telefónica, dónde este servicio público exista, a través de instalaciones de servicios públicos o cualquier otro medio, a los que éste pueda acceder con cargo a sus propios recursos.*
- 6. Garantizar la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso;*
- 7. Informar sobre los servicios de salud a los que pueden acceder.*
- 8. Informar al usuario, el nombre de las personas involucradas en su atención. Dicho personal debe portar la identificación que el establecimiento proveedor de servicios de salud establezca para sus trabajadores.*
- 9. Brindar asistencia médica hasta el último momento de vida.*

10. Permitir al paciente recibir o rechazar asistencia espiritual o moral.
11. Garantizar los mecanismos de comunicación efectiva sobre las alternativas de tratamiento, respetando los principios de bioética antes de obtener el consentimiento informado.
12. Respetar el derecho del usuario a rechazar la aplicación de terapias o pruebas diagnósticas, salvo en aquellos casos establecidos en el numeral 8 del artículo 8 de la Ley, además cuando exista mandato legal o, cuando el usuario ceda la decisión al médico tratante.
13. Garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención.
14. Brindar información sobre la dieta indicada, en los horarios establecidos y con la calidad requerida, de acuerdo con las condiciones económicas del usuario.
15. Informar periódicamente al usuario, su familiar o su responsable, por medio del médico tratante sobre el estado de salud, curso del proceso de atención, enfermedad y pronóstico relacionado con su padecimiento. Cuando se trate de un menor de edad, la información será suministrada al mismo en presencia de la madre, padre o tutor legal.
16. Brindar información sobre las normas y reglamentos aplicables a su conducta como paciente y acompañante.
17. Advertir al usuario, su familiar o su responsable en caso de que el establecimiento de salud se proponga realizar experimentación biomédica que afecte su atención o tratamiento, siendo imprescindible su consentimiento informado por escrito.
18. Garantizar las condiciones para el buen resguardo de la salud del usuario;
19. Proteger integralmente a los recién nacidos.
20. Dar respuesta oportuna a las quejas y sugerencias, dejando un registro de las mismas.
21. Brindar al usuario atención médica oportuna, con calidad y calidez, así como la terapia con medicamentos esenciales, en las condiciones establecidas para cada uno de los regímenes.
22. Brindar al usuario educación sanitaria a través del personal de salud.
23. Brindar información a través de médico tratante, sobre las atenciones, cuidados y tratamientos que necesitará al producirse el alta.
24. Brindar la dieta indicada al paciente internado.
25. Permitir el suministro de alimentos por parte de los familiares a los pacientes internados, de acuerdo a la dieta indicada.
26. Permitir visitas al usuario durante su estancia, de acuerdo con las disposiciones correspondientes.
27. Entregar la epicrisis en los términos y condiciones establecidas en norma técnica sobre documentación clínica de los usuarios, enfermos o sanos, de los servicios de salud.
28. Entregar al momento de finalizar la atención médica a cada usuario, los siguientes documentos:
 - 28.1. La cita para la consulta de seguimiento.
 - 28.2. Las prescripciones médicas por su médico tratante.
 - 28.3. Formato de reposo o subsidio, cuando a criterio médico sea necesario.
 - 28.4. La hoja de referencia y contrarreferencia que garantice el proceso de atención médica.
 - 28.5. Cualquier otro dato o información que se considere necesario.

...

Artículo 374. Toda persona que asista al servicio de emergencia, presentando lesión, deberá ser anotada y descrita en el libro de registro correspondiente.

El jefe del departamento de emergencia, autorizará la información relativa al pronóstico de pacientes en situaciones médico-legales.

Artículo 375. Es obligación del director y equipo de dirección del establecimiento de salud, de los médicos y personal correspondiente, lo siguiente:

1. *Conservar, custodiar y tener a disposición de la autoridad competente, los proyectiles extraídos en intervenciones quirúrgicas en los casos que corresponda.*
2. *Preservar, conservar y custodiar las prendas de vestir de los lesionados, entendiéndose por tales, aquellas personas que se presume han sido víctimas de la comisión de un delito.*
3. *Emitir periódicamente reportes del estado físico de los lesionados ingresados en el hospital o que se atiendan en la consulta externa del mismo; dichos reportes deberán ser elaborados con la periodicidad que disponga la autoridad competente y en caso de ocurrir cualquier cambio en el estado físico del lesionado.*
4. *Emitirlos certificados de defunción en los modelos oficiales aprobados para cada caso.*
5. *Emitir los certificados que determina la Ley de Seguridad Social.*
6. *Emitir el informe o certificado correspondiente a los reconocimientos o exámenes para determinar edad a solicitud de la autoridad competente.*
7. *Emitir informe o certificación del reconocimiento o examen en todos los casos de delitos de orden sexual, siempre que dichas diligencias sean solicitadas por las autoridades competentes,*
8. *Expedir el certificado del reconocimiento de presuntos enajenados mentales, cuando estos presenten trastornos mentales de carácter peligroso.*
9. *Emitir certificación de reconocimiento o examen en caso de lesiones físicas y/o psicológicas producto de violencia intrafamiliar, estableciendo el tipo y gravedad de las lesiones, a solicitud de las autoridades pertinentes.*

Artículo 8. *La queja por cualquier irregularidad, podrá interponerse por el usuario o sus familiares, ante el director del establecimiento proveedor de servicios de salud de que se trate, sin perjuicio de su derecho a demandar al establecimiento.*

NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO”, “GUÍA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO” MANAGUA, NICARAGUA. MINISTERIO DE SALUD

No se localizó el texto de la norma.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley No. 290 de 1997, Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo. Confiere al MINSA la rectoría en salud.**
http://www.csd.gob.ni/ley_290.htm

...

Ministerio de Salud

Artículo 26. *Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:*

- a) *Proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores;*
- b) *Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;*
- c) *Promover campañas de saneamiento ambiental y de divulgación de los hábitos higiénicos entre la población. Formular normas, supervisar y controlar la ejecución de las disposiciones sanitarias en materia alimentaria, de higiene y salud ambiental;*
- d) *Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma;*

- e) *Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud;*
- f) *Formular y proponer las reglas y normas para controlar la calidad de la producción y supervisión de importación de medicamentos, cosméticos, instrumental, dispositivos de uso médico y equipo de salud de uso humano. Controlar la sanidad de la producción de alimentos y su comercialización, incluyendo el control sanitario de aguas gaseosas y agua para el consumo humano; administrar y controlar el régimen de permisos, licencias, certificaciones y registros sanitarios para el mercado interno de Nicaragua, en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente y administrar el registro de éstos;*
- g) *Administrar el registro de profesionales y técnicos de la salud, en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente, y supervisar su ejercicio profesional;*
- h) *Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud;*
- i) *Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública;*
- h) *Proponer y supervisar programas de construcción de unidades de salud pública;*
- k) *Formular políticas, planificar acciones, regular, dictar normas y supervisar la producción, importación, exportación, siembra, industrialización, tráfico, almacenamiento de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y las sustancias precursoras.*

• **Ley No. 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de Mayo del 2002.**

<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 7. *Son competencias y atribuciones del Ministerio de Salud:*

1. *Regular, supervisar e intervenir en el Sector Salud, y en particular sería autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.*
2. *Regular y supervisar la organización y funcionamiento, conforme a la presente Ley y los reglamentos, de las entidades que puedan ser habilitadas para administrar recursos dentro del régimen voluntario de planes de salud con la modalidad de seguro o prepago, sin perjuicio de lo dispuesto en las leyes que rijan la materia.*
3. *Reglamentar la organización y funcionamiento de las Juntas o Consejos u Órganos administrativos o consultivos de las instituciones prestadoras de servicio de salud de naturaleza pública.*
4. *Expedir las normas e instrumentos de modelos de gestión institucionales, así como los requeridos para adelantar la descentralización, desconcentración y delegación dentro del Sector Salud; en lo concerniente a las regiones autónomas de la Costa Atlántica el Ministerio de Salud coordinará con los Consejos Regionales.*
5. *Expedir la reglamentación para el ejercicio de los profesionales y técnicos en el sector salud y las normas relacionadas con la prestación de servicios de salud por cualquier persona o institución y garantizar su implementación de forma indelegable.*
6. *Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.*
7. *Definir las normas de organización, funcionamiento y financiamiento del plan de asistencia sanitaria por causa de accidentes de tránsito.*
8. *Expedir aquellas disposiciones que resultan necesarias para garantizar una correcta aplicación y flujo de los recursos del sector salud y en particular aquellas que permitan garantizar un control a la evasión.*
9. *Expedirlas reglamentaciones que permitan garantizar una correcta evaluación del recurso humano.*
10. *Expedir las normas que permitan el desarrollo competitivo entre las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud y entidades que administren recursos del sector.*

11. Expedir normas de organización, estructura y funcionamiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y de todos aquellos aspectos que resulten esenciales para su organización y funcionamiento, cuando se considere procedente su implantación.
12. Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica, pública o privada.
13. Establecer normas sobre salubridad pública para el control sanitario internacional de los puestos fronterizos internacionales, cuya delegación podrá ser ejercida de manera desconcentrada o descentralizada a través de los entes territoriales y de acuerdo con los convenios suscritos para tal fin o por medio de las disposiciones reglamentarias.
14. Definir los requisitos necesarios para la organización y funcionamiento de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, sin los cuales no podrá prestar servicios a ninguna institución o persona ni ofrecer sus servicios.
15. Imponer las sanciones de carácter administrativas que procedan conforme las disposiciones legales, lo previsto en la presente Ley y en el reglamento respectivo.
16. Coordinar la formulación y ejecución del plan nacional de salud que deben adoptar las instituciones, organismos públicos y privados, para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley.
17. Orientar el diseño y aplicación de un sistema básico de garantía de la calidad en todos los proveedores de servicios de salud y administradores de recursos de salud.
18. Coordinar con las instituciones educativas la formación de recursos humanos en salud de acuerdo con las necesidades del Sector Salud y garantizar una retribución económica de carácter mensual establecida en reglamentos y normas, a los estudiantes de las escuelas de medicina estatales que realicen su internado rotatorio, su servicio social o sus estudios de postgrado en los establecimientos de salud del país, una vez clasificados, todo ello en correspondencia con el presupuesto anual aprobado por el MINSA para tal efecto.
19. Coordinar y promover la participación intrasectorial y extrasectorial en el desarrollo y consolidación del Sector Salud.
20. Dictar e implementar de común acuerdo con entidades públicas o privadas, las normas de protección contra los peligros para la salud de las personas que se deriven del uso de sustancias tóxicas, declaradas peligrosas.
21. Elaborar, en coordinación con el Ministerio de Educación los programas obligatorios de educación para la salud y demás medidas destinadas a ese fin, que deberán impartirse en establecimientos públicos y privados de enseñanza.
22. Los aspectos docentes del pregrado y postgrado se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior y técnica de conformidad con las atribuciones que otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento.
23. La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo con los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias correspondientes y de educación superior y técnica.
24. El Plan Nacional de Salud, deberá contemplar entre otras, las siguientes facultades:
 - a) Declarar obligatorias las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, así como los exámenes y prácticas que se estimen necesarios para prevenir o controlar enfermedades.
 - b) Declarar cuáles enfermedades transmisibles son de denuncia y notificación obligatoria.
 - c) Emitir normas adecuadas para prevenir, evitar y combatir el alcoholismo, el tabaquismo y la fármaco dependencia u otras adicciones que afecten la salud y promover estilos de vida saludables.
 - d) Promover y desarrollar acciones que permitan conocer, evitar la difusión y lograr el control y erradicación de enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional.
 - e) Regular las acciones de inmunización que realicen las instituciones públicas y privadas.
25. Regular y promover la investigación científica en salud y biomédica y el desarrollo y transferencia de tecnología dentro del Sector Salud, también promoverá la formación y capacitación de investigadores en salud.

26. Implementar la política de seguridad alimentaria nutricional de la población y las medidas necesarias para complementar la dieta con micro nutriente, cuando sea procedente, de acuerdo con las normas nacionales e internacionales.
27. Regular los procesos mediante los cuales los sectores productores, procesadores, distribuidores de alimentos, o cualquiera otro que intervenga en el proceso, deberán fortificar, manipular, enriquecer y complementar los micro nutrientes mencionados en el numeral anterior, de acuerdo con los alimentos de que se trate y las normas aplicables.
28. En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes y sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales en materia de riesgos del trabajo, corresponde al Ministerio de Salud en coordinación con otras entidades del Estado:
 - a) Dictar las normas técnicas para la prevención y control de enfermedades y accidentes.
 - b) Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de conformidad con esta Ley y las disposiciones que al efecto se dicten.
 - c) Realizar los programas y actividades que estime necesarias para la prevención y control de enfermedades y accidentes.
29. Promover la colaboración de las instituciones de los sectores públicos, sociales y privados, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades.
30. Dictar las normas higiénico-sanitarias pertinentes para la vivienda, centros de estudios, centros de trabajo, centros de reunión y otros establecimientos.
31. Regular la publicidad en materia de salud, a las que se deben sujetar las personas naturales o jurídicas.
32. Definir políticas de cooperación externa orientadas a los proyectos de salud, de acuerdo a las prioridades que establezca el Ministerio de Salud.
33. Definir y coordinar la organización y funcionamiento de los sistemas de información en relación con las personas que son beneficiarias del sector salud y las instituciones que manejan sus recursos, con el objeto de poder realizar los principios consagrados en la ley.
34. Coordinar el diseño, operación, utilización y actualización que se requiera para el correcto funcionamiento de un sistema de vigilancia y evaluación epidemiológica. A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial del país, todos los establecimientos de salud, públicos, privados u ONG, están obligados a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud. Deberán asimismo notificar por escrito a los Registros del Estado Civil de las Personas, dentro de los plazos que establezca la legislación correspondiente, los nacimientos y defunciones que por cualquier causa ocurran en ellos.
35. La determinación de los requisitos y procedimientos para practicar las autopsias médico-clínicas, la cadena de custodia y los objetivos, requisitos y procedimientos de las mismas.
36. Crear Tribunales Bioéticos a cargo del Ministerio de Salud y las Asociaciones Médicas del país con el propósito de realizar auditorías médicas en los casos que sean necesarios.

• **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud.**

<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 19. Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades:

1. Regular la provisión de los servicios de salud.
2. Impulsar la desconcentración y descentralización del sector y el desarrollo institucional de las entidades de dirección, provisión, vigilancia y control de los servicios de salud.
3. Coordinar y formular los planes de salud que deben adoptarse conforme la Ley, teniendo en cuenta la disponibilidad financiera y perfil epidemiológico de la población.
4. Orientar, regular y coordinar los integrantes del sector salud en la realización de acciones dirigidas a:
 - 4.1. Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
 - 4.2. La investigación en salud y transferencia tecnológica.

- 4.3. *La importación, comercialización, producción y distribución de insumos médicos y equipos para el sector.*
- 4.4. *El control de factores de riesgo medioambientales y del trabajo para la salud, de tal forma que se pueda garantizar una acción coherente, coordinada y eficiente en el sector.*
5. *Planificar, dirigir y evaluar la investigación sobre necesidades, prioridades y recursos en materia de salud, con el fin de orientar y definir las políticas del sector, de conformidad con los planes y programas.*
6. *Liderar y desarrollar procesos de seguimiento, vigilancia, control y evaluación sobre la aplicación de políticas de salud, incluyendo acciones de vigilancia de la salud y metas de cobertura.*
7. *Promover la participación de la comunidad del sector salud en el diseño de las políticas, planes y programas de salud necesarios para su implementación.*
8. *Estudiar, analizar y proponer los planes y programas en salud, sus ajustes y actualizaciones.*
9. *Definir un sistema de contabilidad analítica y facturación para establecer el costo de los planes y programas en salud a su cargo.*
10. *Diseñar e implantar políticas para el fortalecimiento de la gestión y la provisión de los servicios de salud.*
11. *Diseñar políticas encaminadas a la prevención de accidentes y atención en casos de emergencia y coordinar su ejecución en conjunto con otras entidades.*
12. *Promover, impulsar y asesorarla creación de los centros reguladores de emergencias clínicas en coordinación con las instituciones privadas.*
13. *Definir la integración de las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud en redes de servicios por nivel, especialidad y grado de complejidad.*
14. *Diseñar, implantar y evaluar los requisitos para la habilitación que deben cumplir los establecimientos proveedores de servicios de salud.*
15. *Asesorar los procesos y requisitos de acreditación de los establecimientos proveedores de servicios de salud.*
16. *Supervisar el desarrollo del sistema de garantía de calidad en los establecimientos proveedores de servicios de salud.*
17. *Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento.*
18. *Definir las acciones que en materia de prevención y control de enfermedades y vigilancia en salud deben ser ejecutadas por las entidades del sector.*
19. *Diseñar las políticas generales relacionadas con la provisión de servicios de salud para poblaciones con características especiales.*
20. *Informar a la Presidencia de la República sobre las repercusiones de las decisiones de política económica y social sobre el sector salud y presentar las propuestas correspondientes.*
21. *Analizar la evolución de las fuentes de financiamiento del sector y recomendar políticas para su fortalecimiento.*
22. *Analizar y proponer las modalidades de asignación de los recursos que conduzcan a la mayor equidad, eficiencia y eficacia en el desempeño del gasto público sectorial y del gasto total del país en salud, y recomendar políticas para su mejoramiento.*
23. *Realizar los estudios que sirvan de soporte técnico a las decisiones en materia de costos para establecer la política correspondiente.*
24. *Diseñar metodologías para la formulación, seguimiento y evaluación de programas y proyectos, y divulgarlas entre las entidades del sector, prestando la asesoría técnica correspondiente.*

Artículo 20. *Conforme la competencia establecida por la Ley, el MINSA regulará lo relacionado con:*

1. *Requisitos para iniciar operaciones y conservar vigente la autorización de funcionamiento de los proveedores de servicios de salud, con sujeción a lo establecido en el reglamento.*
2. *Procedimientos técnicos y administrativos en materia de salud de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del sistema.*

3. *Regímenes de tarifas para el reconocimiento a los proveedores de los servicios de atención de emergencia y de accidentes de tránsito.*
4. *Definición del sistema de financiamiento de la red pública y fijación de un régimen de tarifas para el reconocimiento y pago de servicios.*
5. *El recaudo, flujo y correcta utilización de los recursos del subsector público.*
6. *Procedimientos de carácter administrativo, financiero, presupuestal, operativo y de inversión que obligatoriamente deben cumplir las entidades y dependencias del sector público de provisión de los servicios de salud.*
7. *Procedimientos para las reclamaciones en caso de negación de los derechos de los usuarios.*

Artículo 21. *Para la función de financiamiento, el MINSA desarrollará, entre otras, las siguientes actividades:*

1. *Identificar los requerimientos y gestionar recursos para la salud necesarios para alcanzar las metas incorporadas en los planes del sector de la salud, en relación con las prioridades de salud que debe ejecutar la red pública.*
2. *Analizar y proponer las modalidades de asignación de los recursos que conduzcan a la mayor equidad, eficiencia y eficacia en el desempeño del gasto de la red pública.*
3. *Evaluar económica y financieramente los proyectos de inversión pública que presenten las dependencias centrales y las entidades territoriales y, conceptuar sobre su viabilidad y sostenibilidad.*
4. *Dar seguimiento a la ejecución física y financiera de los planes, programas y proyectos en ejecución, reportando oportunamente los resultados obtenidos y haciendo las recomendaciones pertinentes.*
5. *Diseñar la metodología para la programación, asignación y ejecución del presupuesto, tanto en el nivel nacional como en el territorial, de conformidad con las normas vigentes establecidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para los proveedores de la red pública.*
6. *Diseñar e impulsar alternativas de financiamiento o pago a la red pública de servicios, tales como presupuestos prospectivos, capitación o por grupos relacionados de diagnóstico, que promuevan la gestión eficiente de los servicios.*
7. *Consolidar y estructurar, los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión de las entidades públicas proveedoras de servicios de salud.*
8. *Diseñar, los sistemas de control de gestión presupuestal y financiero que deben aplicarse en las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud, hacia la implementación de mecanismos de provisión de servicios más eficiente, estableciendo elementos de competitividad y de financiamiento.*
9. *Elaborar los indicadores de desempeño para evaluar la ejecución presupuestal de las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud y proponer los ajustes necesarios.*
10. *Establecer el instructivo para la programación, ejecución y control del presupuesto de las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud, de acuerdo con las normas de programación, asignación, gestión y ejecución presupuestaria emitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.*
11. *Efectuar la evaluación de las solicitudes de créditos externos o internos y de cooperación financiera internacional.*

Artículo 22. *Es función del MINSA, formular las políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control dentro del sistema de salud, que permitan garantizar el cumplimiento de la legislación vigente.*

Artículo 23. *En cumplimiento de la función de inspección, vigilancia, control y de aseguramiento de la atención con calidad y calidez, el MINSA a través de sus estructuras administrativas desarrollará entre otras, las siguientes actividades:*

1. *Evaluar y supervisar el adecuado acceso de la población no contributiva a los planes de beneficios definidos en los términos de la Ley y del presente Reglamento.*
2. *Supervisar que las entidades sujetas a control cumplan con la normatividad vigente.*
3. *Elaborar y ejecutar el plan anual de visitas dirigidas a los diferentes entes vigilados, proporcionando la información que sirva a los inspectores en el desarrollo de las mismas, determinando prioridades.*

4. *Efectuar seguimiento sobre la manera como las entidades vigiladas, adoptan las acciones correctivas dispuestas frente a las deficiencias detectadas.*
5. *Impartir las recomendaciones a que haya lugar a las personas naturales y jurídicas que sean objeto de inspección.*
6. *Iniciar las investigaciones que se requieran para establecer el incumplimiento de normas, manuales y demás disposiciones que deben ser observadas por los usuarios.*
7. *Aplicar las sanciones que correspondan a las entidades que sean objeto de supervisión.*
8. *Coordinar y supervisar el trámite de las quejas presentadas por los usuarios.*
9. *Autorizar el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud.*
10. *Regular el ejercicio de los profesionales de la salud mediante los procedimientos que defina para tal fin.*
11. *Supervisarlos regímenes contributivo y voluntario, sin detrimento de las facultades de certificación del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.*
12. *Supervisar el sistema de garantía de calidad.*
13. *Administrar el sistema de vigilancia de la salud, debiendo para ello efectuar acciones de monitoreo y seguimiento.*

...

37. *Establecer convenios de colaboración con el Poder Judicial a través del Instituto Médico Legal para nombrar médicos forenses en aquellas partes del territorio que se requiera.*
38. *Definir el modelo de atención que regirá la organización de los establecimientos de salud públicos, incluyendo su organización interna y sus interrelaciones.*
39. *Administrar todos los establecimientos de salud de propiedad pública del territorio nacional.*
40. *Asegurar que los medicamentos prescritos en los establecimientos públicos de salud sean únicamente genéricos.*
41. *Las demás que le asignen otras disposiciones legales.*

• **Decreto No. 70 de 2001: MINSA, revisó y modificó su estructura programática presupuestaria en relación a los Servicios de Salud a las Personas y Servicios de Salud Ambiental.**

[http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/6956CB4E52E8BBCF062570A100580E88?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/6956CB4E52E8BBCF062570A100580E88?OpenDocument)

Artículo 1. *Se reforma el Capítulo 9, Ministerio de Salud del Decreto No. 71-98, Reglamento a la Ley No. 290 “Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo”, publicado en La Gaceta No. 205 y 206 del 30 y 31 de Octubre de 1998, el cual se leerá así:*

Capítulo 9. Ministerio de Salud

...

Artículo 201. *Dirección General. Corresponde a la Dirección General de Servicios de Salud:*

1. *Formular y proponer los modelos normativos y regulaciones que regirán la organización y funcionamiento de los servicios de salud.*
2. *Apoyar técnica y organizativamente el desarrollo de las actividades en la red de servicios de salud.*
3. *Formular las necesidades de Recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros en la red de servicios.*
4. *Revisar, discutir y aprobar en primera instancia las propuestas normativas que emanen de las Direcciones o Programas de la Dirección General de Servicios de Salud, y presentarlas a la Dirección Superior para su validación final, así como revisar y sugerir aspectos relacionados con la red de servicios con otras Direcciones del Ministerio.*
5. *Organizar y promover la participación de las Entidades y Organismos del sector salud en la elaboración de planes de prevención y atención de emergencias y desastres.*

6. *Implementar y ejecutar acciones tendientes a mejorar la calidad en la provisión de servicios de Salud.*
7. *Establecer Protocolos de atención médica y velar por su aplicación.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

• **Ley No. 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de Mayo del 2002.**

<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 8. *Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:*

1. *Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley.*
2. *Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable.*
Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano. También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.
3. *Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnóstico, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional y conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.*

• **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud.**

<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 76. *Los establecimientos proveedores de servicios de salud garantizarán las condiciones básicas para brindar, de acuerdo a su capacidad resolutoria autorizada, la atención inmediata a los casos de emergencia, refiriendo al paciente, una vez estabilizado, al establecimiento más cercano que brinde servicio del régimen al que pertenezca. Este procedimiento se realizará conforme a lo definido en el manual de atención de emergencia y para garantizar la continuidad de la atención de acuerdo al manual de referencia y contrarreferencia.*

...

De la Atención de Emergencias

Artículo 219. *Se entiende por atención de emergencia al conjunto de acciones realizadas por el establecimiento proveedor de servicios de salud, a una persona con uno o más padecimientos, lesiones o intoxicaciones que involucren riesgo inmediato para su vida hasta lograr la estabilización de sus signos vitales, la realización de una impresión diagnóstica y la definición del destino inmediato, según los procedimientos de referencia y contrarreferencia. En el caso de mujeres embarazadas esto es extensivo al producto en los casos que corresponda.*

Artículo 220. *En todo establecimiento proveedor de servicios de salud se debe contar, de acuerdo a su nivel de resolución, con personal médico capacitado y disponible para estabilizar a los pacientes en estado de emergencia, con independencia de su capacidad de pago.*

Artículo 221. *La transferencia de un paciente, se hará cuando el beneficio de su traslado sobrepasa los riesgos que esto implica, debiendo el establecimiento proveedor de servicios de salud contar con el consentimiento del usuario o sus familiares, salvo las excepciones que establece el numeral 8 del artículo 8 de la Ley.*

Artículo 222. *El traslado del paciente deberá observar las condiciones siguientes:*

1. *Ser apropiado y con personal debidamente entrenado.*
2. *Se cumplan los manuales establecidos en el sistema de referencia y contrarreferencia.*
3. *Se cumplan con los criterios de recuperabilidad del estado de salud.*
4. *Que la unidad receptora tenga la capacidad técnica y profesional apropiada.*
5. *Adjuntar las copias del registro médico.*

• **Reglamento General de Hospitales de la República de Nicaragua No. 4, Aprobado el 15 de Julio de 1968. Publicado en La Gaceta No. 183, 184, 185 del 13, 14, 15 de Agosto de 1968.**

Artículo 5. *Los hospitales se clasificarán así:*

- a) *Un Centro Hospitalario Nacional que funcionará como un centro de concentración para todo el país y estará dotado de todos los servicios médicos diferenciados de la medicina moderna;*
- b) *Hospitales Zonales, en los centros de atracción de regiones geográficas determinadas y contarán además de los cuatro servicios fundamentales, de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, de los servicios especializados de Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Medicina Preventiva y Odontología. Contarán con los servicios auxiliares básicos para el diagnóstico y tratamiento;*
- c) *Hospitales Departamentales, comprende aquellos hospitales que cuentan sólo con los cuatro servicios médicos fundamentales, Medicina Preventiva y Odontología; además de los Servicios de Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Rayos X;*
- d) *Hospitales Elementales, que serán Unidades-Centros de Salud que disponen de los servicios de Medicina Preventiva, Consulta Externa y Emergencias Médico-Quirúrgicas;*
- e) *Hospitales Especiales que otorgan atención preferentemente de una determinada especialidad Médico-Quirúrgica.*

...

Artículo 10. *Los servicios de atención médica directa son:*

- a) *Medicina;*
- b) *Cirugía;*
- e) *Gineco-Obstetricia;*
- d) *Pediatría.*

Artículo 11. *Estos Servicios, a través de su personal, desarrollarán las siguientes actividades:*

- a) *Atención de enfermos hospitalizados;*
- b) *Atención de consulta externa;*
- c) *Atención de interconsultas;*
- d) *Atención de emergencias;*
- e) *Contribución a la enseñanza informal sistemática y a la formación de personal;*
- f) *Reuniones clínicas y, hasta donde los recursos lo permitan, trabajos de investigación y enseñanza formal.*

En todas estas actividades, deberán desarrollarse tanto labores, asistenciales curativas como preventivas.

• **Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua, septiembre de 2008**
<http://www.minsa.gob.ni/regulacion/normas.html>

...

VI. Objetivos

Objetivo general:

Establecer los estándares y el procedimiento para que los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados alcancen la habilitación en el contexto normativo y operativo del sistema de garantía de calidad.

Objetivos específicos:

1. *Facilitar un instrumento actualizado que permita aplicar la metodología, conceptos y procedimiento de la habilitación de establecimientos de salud en Nicaragua.*
2. *Conocer los requerimientos que deben cumplir los establecimientos de salud para su habilitación o autorización de funcionamiento.*
3. *Regular, ordenar y controlar las unidades de salud pública y privada del país mediante la implementación del proceso de habilitación en los establecimientos de salud.*
4. *Promover la seguridad sanitaria en los establecimientos de salud del país.*

...

V. Definiciones

Emergencia: conjunto de áreas y espacios de los establecimientos proveedores de servicios de salud, con la finalidad de asistir a los agravios a la salud que se traduzcan en emergencia (con riesgo de vida inminente) o urgencia (sin riesgo de vida inminente) que reúnen los recursos físicos, farmacológicos, tecnológicos y humanos para su atención.

...

VII. Campo de aplicación

El cumplimiento del manual es de carácter obligatorio y será aplicado a todos los establecimientos proveedores de servicios de salud, que brinden atención convencional, tradicional o complementaria, independientemente del nivel de resolución, sean públicos o privados. Sin perjuicio de lo que establezca otra normativa específica que en cada caso resulte aplicable.

...

Estándares de habilitación

...

Servicio de emergencia

La emergencia es un servicio ubicado dentro de un establecimiento de salud, tiene como función la recepción, examen, valoración y tratamiento de los usuarios que lleguen estabilizados o con compromiso de su vitalidad, por lo que debe estar situada en la planta baja, con fácil acceso vehicular y peatonal, con las adaptaciones especiales para personas con discapacidad, es un área climatizada, con suministro de energía conectado siempre a la planta eléctrica con transferencia automática.

Los equipos se deben revisar y calibrar mensualmente, asimismo se debe comprobar que el personal que labora en el servicio, incluyendo el eventual, está capacitado para usar el equipo. Todo lo cual debe quedar anotado en la bitácora correspondiente. La emergencia debe tener acceso directo y fácil desde el exterior, próximo a Imagenología,

laboratorio, bloque quirúrgico, hospitalización y farmacia. El cuarto de descanso del personal de turno se ubica próximo a la emergencia.

Dispone de parqueo para visitantes y al menos dos espacios exclusivos para ambulancias, la circulación vehicular está diseñada de forma que no haya interferencias entre las ambulancias y los vehículos de los visitantes. Se debe considerar un área exclusiva para lavado de vehículos de ambulancias, previendo que las aguas residuales descarguen al alcantarillado. La entrada principal tiene definido el acceso para ambulancias u otros vehículos donde puedan bajar pacientes en camillas y el acceso para pacientes ambulatorios o silla de rueda, este debe ser techado, señalizado con la frase: Parqueo exclusivo para ambulancia, con suficiente espacio para al menos dos vehículos simultáneamente.

La emergencia dispone de:

- 1. Sala de espera*
- 2. Estación de camillas y silla de rueda*
- 3. Admisión*
- 4. Consultorio Integral*
- 5. Área de procedimientos*
- 6. Cuarto de yeso en donde corresponda*
- 7. Área de choque: área de ducha de pacientes en camilla*
- 8. Estación de enfermería*
- 9. Observaciones*
- 10. Área de nebulización*
- 11. Área de rehidratación oral*
- 12. Área de aseo.*
- 13. Área sucia*
- 14. Área de descanso para personal, donde se atiende las 24 horas del día.*

Sala de espera: debe de establecerse dos salas de espera; una para familiares y otra para pacientes.

- Para familiares: ubicada contiguo al área de admisión, en esta área el usuario no crítico deberá esperar su turno para recibir la atención medica necesaria, los servicios sanitarios del público se ubicaran en el área de espera, teniendo como mínimo, un servicio higiénico diferenciado por sexo y para personas con discapacidad.*
- Para pacientes: se ubica contiguo a los consultorios de clasificación, puede tener acceso directo al área de procedimientos y cuarto de yeso.*

Estación de camillas y silla de rueda: se encuentra ubicada en la sala de espera la estación de camillas, localizada entre el pasillo de acceso de ambulancias y la admisión; con una superficie mínima de 2 m² para albergar una camilla y una silla de ruedas.

Admisión en esta área se controla el acceso de los usuarios, está contigua a la sala de espera y con comunicación a las otras áreas de la emergencia.

Consultorio integral: Inmediato a la admisión y dentro de la sala de espera, cuya función es realizar la clasificación de las emergencias, pudiendo existir más de uno en aquellos establecimientos con alta demanda de atención.

Área de procedimientos se ubica inmediata al consultorio integral, trata a usuarios con lesiones que requieren aseo o sutura, si el establecimiento atiende usuarias en trabajo de parto es necesario crear un área específica para el caso.

Cuarto de yeso: se encuentra adjunto al área de procedimientos, debe ser accesible desde la sala de espera, consulta externa y radiología.

Área de Choque: de acuerdo a la capacidad resolutive de la emergencia, se puede contar con área de choque, la que puede ser dividida internamente en área de cuidados menores, área de cuidados intermedios y área de cuidados críticos. Esta área se ubica inmediato al área de procedimientos, con acceso desde la sala de espera, cercana al

acceso de ambulancias y al consultorio de clasificación, debe tener tomas fijas para suministrar oxígeno y sistema para realizar succión con equipo fijo o portátil, así como equipo de monitoreo, desfibrilador y carro rojo (carro de paro). Forma parte del área de choque, la ducha para descontaminación de los pacientes; ubicada contigua al área de transferencia de camillas, contará con las instalaciones y material necesarios para el aseo de los pacientes, su dimensión mínima es para una camilla.

Estación de enfermería: debe estar inmediata a sala de observaciones, de acuerdo a la capacidad del establecimiento puede ser una sola o varias áreas de trabajo de enfermería, localizadas estratégicamente para el apoyo de la atención a los usuarios. Dispone de un refrigerador para guardar insumos que requieren conservarse a baja temperatura, cuenta con servicio higiénico y ducha para el personal de salud.

Observación: se ubica contiguo a la estación de enfermería. Para garantizar privacidad a los pacientes cuenta como mínimo con cortinas o mamparas, cada cama dispone de sistema de gases central o sistema portátil con capacidad para suministrar oxígeno, aire comprimido y sistema para realizar aspiración controlada. En observaciones se atienden usuarios con un máximo de estancia de 24 horas.

Nebulización: se ubica contiguo a observaciones, puede estar ubicado dentro de observaciones siempre y cuando tenga un área bien delimitada, cercano y con visibilidad desde la estación de enfermería.

Rehidratación oral: debe ubicarse cercana y con visibilidad desde la estación de enfermería, disponer de servicios higiénicos separados por sexo, de uso exclusivo para los usuarios del servicio.

Área de aseo debe ser exclusiva para emergencia.

Área Sucia: deberá ser un espacio alejado y poco accesible al público. Dispondrá de un HAMPER o un recipiente hermético, su área estará en dependencia de la capacidad resolutive del establecimiento como mínimo 3 m².

Área de descanso para personal: ventilado e iluminado, puede tener literas, el área mínima será de 4.5 m² por litera, preferiblemente diferenciado por sexo, disponen de inodoro, lavamanos y ducha.

Contará con una oficina del responsable para establecimiento con hospitalización, exceptuando los hospitales primarios.

...

4. Estándares de emergencia

4.1. Servicio cuenta con infraestructura adecuada y segura

4.1.1. Resultado esperado: Dispone de ubicación adecuada

- *Ubicación de la emergencia accesible a los usuarios, en construcciones vertical se ubica en la planta baja*
- *Área exclusiva, techada y señalizada de estacionamiento con rampas, mínimo para una ambulancia en establecimientos menores de 30 camas y dos ambulancias en establecimientos con más de 100 camas.*
- *Área exclusiva para lavado de vehículos de ambulancias, con drenaje de las aguas residuales al alcantarillado*
- *Entrada señalizada, techada y exclusiva para los usuarios ambulatorios*
- *Forma parte de la ruta crítica del establecimiento, accesible a sala de operaciones, cuidados intensivos, labor y parto, radiología y laboratorio*
- *Área totalmente climatizada*

4.1.2. Resultado esperado: Dispone de Infraestructura adecuada

- *Techo de zinc, losa o pycem, con estructura metálica o de madera.*
- *Techo íntegro, sin filtraciones, sin huecos o goteras.*
- *Cielo raso de Plywood, pycem liso, tabla yeso, machimbre, losa, plana de concreto, poroplast, malla electrosoldada con poliestireno y repello, durock, de superficie lisa continua y de fácil limpieza.*

- Paredes de Mampostería confinada o reforzada, paredes de Malla electrosoldada con poliestireno y repello o durock para exteriores.
- Particiones internas de las paredes son de Gypsum, plycem, machimbre, madera, durock.
- Paredes de superficie lisa de material durable y fácil de limpiar, resistente a productos químicos, pintura en buen estado, y las vigas o columnas, sin daños, fisuras o fracturas
- Los colores de las paredes deben ser sedantes a la vista, neutros, mates y en gama cromática fría.
- Piso de ladrillo terrazo o cerámico antiderrapante, sin huecos, fisuras, fracturas o depresiones.
- Piso de fácil limpieza y descontaminación, superficies sin deterioro de las mismas
- Ventanas íntegras de fácil limpieza, de celosía o fijas con desplazamiento horizontal o vertical
- Puertas abatibles, boquete 1.40 mts de ancho mínimo, sólidas de madera, de vidrio o prefabricadas con todos sus herrajes protector de acero inoxidable a la altura de las camillas
- Desniveles disponen de pasamanos, con buena iluminación, las narices de los escalones resaltan con diferenciación del color.
- Pasillos amplios para el fácil tránsito de camillas, sillas de ruedas y equipos. Mínimo 2.20 mts de ancho, protector de acero inoxidable a la altura de las camillas
- Rampas de acceso a personas con capacidades especiales (1.50 mts de ancho mínimo y pendiente moderada 8-10% que permita el tránsito de silla de ruedas)
- Un servicio higiénico con lavamanos en buen estado y funcionando adecuadamente, cada 15 mujeres y uno cada 25 varones y en lo sucesivo uno cada 10 personas, los cuales disponen de dispensador integrado accesible a una distancia menor de 20 mts. para el personal de salud
- Teléfono conectado al sistema central del hospital y debe tener parlante para audio también conectado al sistema central del Hospital
- Área de parqueo para usuarios, mínimo cinco vehículos en establecimientos al menos uno señalizado para personas con capacidades diferentes.

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

El número de emergencias de la Policía Nacional en Nicaragua es el 118. Se trata de un Centro de Emergencia manejado por la policía de Managua.

El número 128 corresponde a la Cruz Roja Nicaragüense. La Cruz Roja ofrece servicio de ambulancias a toda la población para dar atención a pacientes accidentados, que sufren de lesiones y de politraumatismos a través del servicio pre-hospitalario. <http://www.nicaragua.cruzroja.org/que/salud.htm>.

No se localizaron disposiciones que reglamenten un sistema integrado de llamadas de emergencia.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

De la Atención de Emergencias

Artículo 219. *Se entiende por atención de emergencia al conjunto de acciones realizadas por el establecimiento proveedor de servicios de salud, a una persona con uno o más padecimientos, lesiones o intoxicaciones que involucren riesgo inmediato para su vida hasta lograr la estabilización de sus signos vitales, la realización de una impresión diagnóstica y la definición del destino inmediato, según los procedimientos de referencia y contrarreferencia. En el caso de mujeres embarazadas esto es extensivo al producto en los casos que corresponda.*

Artículo 220. *En todo establecimiento proveedor de servicios de salud se debe contar, de acuerdo a su nivel de resolución, con personal médico capacitado y disponible para estabilizar a los pacientes en estado de emergencia, con independencia de su capacidad de pago.*

Artículo 221. *La transferencia de un paciente, se hará cuando el beneficio de su traslado sobrepasa los riesgos que esto implica, debiendo el establecimiento proveedor de servicios de salud contar con el consentimiento del usuario o sus familiares, salvo las excepciones que establece el numeral 8 del artículo 8 de la Ley.*

Artículo 222. *El traslado del paciente deberá observar las condiciones siguientes:*

1. *Ser apropiado y con personal debidamente entrenado.*
2. *Se cumplan los manuales establecidos en el sistema de referencia y contrarreferencia.*
3. *Se cumplan con los criterios de recuperabilidad del estado de salud.*
4. *Que la unidad receptora tenga la capacidad técnica y profesional apropiada.*
5. *Adjuntar las copias del registro médico.*

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Ley No. 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de Mayo del 2002.**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 8. *Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:*

...

15. *A recibir en cualquier establecimiento de salud público o privado, atención médica - quirúrgica de emergencias cuando la necesite mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. El Reglamento de la presente Ley establecerá los criterios para la calificación de la situación de emergencias y las condiciones de reembolso económico a la unidad de salud por los servicios prestados al paciente.*
16. *El usuario, o su representante según sea del caso, tiene derecho de examinar y recibir todas las explicaciones que le permitan una comprensión integral de la factura y en particular de todos los gastos que se han generado, con independencia de la persona o entidad que deba asumir el costo.*

...

Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud

Artículo 36. *Naturaleza, Creación e Integración. Son Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, las entidades públicas, privadas o mixtas, que estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tienen por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población.*

...

De la Habilitación y la Acreditación

Artículo 55. *Habilitación. Corresponde al Ministerio de Salud definir los requisitos esenciales que deben cumplir las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para poder obtener su licencia de funcionamiento a través de la correspondiente habilitación. El Ministro de Salud autorizará asimismo las instituciones de salud internacionales que operen en el territorio nacional, en cumplimiento de convenios o programas de asistencia en salud.*

Artículo 56. *Acreditación. El proceso de acreditación, como proceso voluntario, tiene como objetivo el cumplimiento de una serie de requisitos a efecto de elevar los estándares mínimos de calidad. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social tendrá entonces plena libertad de contratar conforme sus propios estándares de certificación siempre que la entidad correspondiente esté debidamente habilitada.*

- **Decreto No. 001 de 2003, Reglamento de la Ley General de Salud**
<http://www.minsa.gob.ni/institucion/legal.html>

Artículo 20. *Conforme la competencia establecida por la Ley, el MINSA regulará lo relacionado con:*

...

3. *Regímenes de tarifas para el reconocimiento a los proveedores de los servicios de atención de emergencia y de accidentes de tránsito.*

...

Artículo 30. *La Superintendencia de Bancos en el trámite de aprobación de un seguro de reembolsos en el ramo de personas, que se creen para cubrir riesgos de accidentes y enfermedades que incluyan el financiamiento de gastos médicos, deberá garantizar que se incorporen las disposiciones de la Ley el presente Reglamento, en relación con las atenciones brindada en casos de emergencias y/o enfermedades de alto costo.*

...

Artículo 223. *Los costos de las atenciones por una condición de emergencia médica recibidas por los afiliados o beneficiarios del régimen voluntario o contributivo en un establecimiento proveedor de servicios de salud no perteneciente a su red, los asumirá la empresa médica previsional, su aseguradora o el propio usuario quien deberá pagar las tarifas que defina el MINSA de acuerdo a la estimación de costos promedio.*

Artículo 224. *El MINSA establecerá los procedimientos que deberán seguir los hospitales de la red pública para hacer efectivo el cobro de estos servicios a las empresas médicas provisionales. El MINSA reembolsará las tarifas por la atención de emergencia de los pacientes en régimen no contributivo, en los términos y en las condiciones que se determinen en la norma técnica.*

Artículo 225. *El presente capítulo se aplicará cuando se apruebe la norma técnica respectiva.*

...

Artículo 341. *Con el propósito de garantizar lo establecido en el artículo 44 de la Ley, todo usuario que ingrese a un establecimiento proveedor de servicios de salud, deberá informar de manera inmediata en el momento de su ingreso, el régimen al que está adscrito incluyendo los planes y cobertura voluntaria a que tiene derecho, excepto cuando se trate de una condición medicado emergencia, sin perjuicio del derecho del reembolso frente al establecimiento proveedor público.*

...

Artículo 362. *De acuerdo a los criterios mencionados en el artículo precedente, el MINSA definirá la asignación presupuestaria máxima a la que tendrán derecho los hospitales y la transferencia efectiva de los recursos se realizará mediante alguno de los mecanismos de pago siguientes:*

1. *Transferencia de categoría por renglón o presupuesto prospectivo: Este mecanismo de pago vincula la asignación financiera con la producción en el establecimiento proveedor de servicios de salud a la que se entregan, aplicando un estricto control sobre la utilización de los recursos en función de los rubros elegibles para cada renglón de gasto. El MINSA incentivará la asignación prospectiva de este presupuesto para comprar la producción del mismo.*
2. *Pago por servicios o eventos: Se establecerá una tarifa por egreso, diferenciando los casos médicos o quirúrgicos, consultas de emergencia o externa, utilizando la tabla de unidades relativas que el MINSA establezca.*

...

Artículo 368. *Los recursos del régimen voluntario deben cubrir de forma obligatoria las emergencias para las enfermedades incluidas en el respectivo contrato de afiliación.*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República de Panamá**

<http://www.georgetown.edu/pdba/Constitutions/Panama/panama1972.html>

Artículo 109. *Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.*

Artículo 110. *En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:*

1. *Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.*
2. *Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.*
3. *Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.*
4. *Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.*
5. *Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.*
6. *Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.*

Artículo 111. *El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 16 del 31 de julio de 1986 por la cual se dictan normas para garantizar la Asistencia Médica de Urgencia a las personas que se encuentren en grave peligro de muerte.**

Artículo 1. *Los hospitales, clínicas y demás establecimientos privados que cuenten con las facilidades adecuadas para atender casos de urgencia que funcionan en la República, están en obligación de prestar asistencia médica de urgencia, entendiéndose por casos de urgencia, las personas víctimas de infartos, politraumatismos, accidentes graves, catástrofes y que por razón de su gravedad no puedan acudir a los centros de salud del Estado, sin grave riesgo inmediato para sus vidas.*

Artículo 2. Cuando a juicio del médico de turno, la gravedad del paciente así lo amerite, el mismo quedará hospitalizado hasta tanto su condición permita su traslado a un Centro de Salud del Estado.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron normas.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, Regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.**

http://www.asamblea.gob.pa/APPS/LEGISPAN/PDF_NORMAS/2000/2003/2003_531_2443.PDF

Artículo 1. El objeto de la presente Ley es regular los derechos y las obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y de decisión libre e informada.

Artículo 2. Así mismo, es objeto de la presente Ley garantizar el establecimiento de los requisitos de la información que debe aparecer en el expediente clínico de todos los pacientes, la autonomía de decisión en relación con los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen sobre su propio estado de salud y enfermedad, como también sobre la confidencialidad de la información relacionada con su proceso, y a la libre elección de opciones de tratamientos presentados.

Artículo 3. Los derechos enunciados en los artículos anteriores podrán llevarse a efecto por medio de una declaración expresa sobre sus opciones e instrucciones ante intervenciones sanitarias y procedimientos, así como con respecto a la donación de sus órganos.

Capítulo II. Derecho a la Información

Artículo 4. Los usuarios de los centros y servicios de salud públicos y privados tienen derecho a recibir información sobre los servicios a que pueden tener acceso, así como a la prestación de estos sin discriminación alguna y con respeto a su personalidad. No obstante, se respetará la voluntad de una persona de no ser informada.

Artículo 5. En cualquier situación en el ámbito de los centros y servicios de salud públicos y privados, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad explícita de una persona a no ser informada y a que no se transmita la información de su estado de salud o enfermedad a las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho, ni a terceras personas.

Artículo 6. La información, que debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, será verídica y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma y teniendo en cuenta el nivel intelectual, emocional y cultural de paciente.

Artículo 7. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información.

Artículo 8. El titular del derecho a la información es el paciente. Las personas vinculadas a él deberán ser informadas en la medida en que aquel lo permita expresa o tácitamente.

Artículo 9. *En caso de incapacidad del paciente, este debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de tener que informar también a quien tenga su representación, personas a él vinculadas por razones familiares y de hecho que asuman la responsabilidad de las decisiones que hayan de adoptarse propuestas por el médico.*

Artículo 10. *Si según el criterio debidamente justificado del médico responsable de la asistencia, el paciente no es capaz para entender la información ni de hacerse cargo de su situación o si la información le es perjudicial, debe informarse también a las personas a él vinculadas, por razones familiares o de hecho, que asuman la responsabilidad de dar conformidad a las decisiones que hayan de adoptarse por propuesta del médico.*

Artículo 11. *En situaciones de urgencia vital, necesidad terapéutica o ausencia de personas a él vinculadas, por razones familiares o de hecho, el médico podrá adoptar las decisiones más adecuadas, para actuar en interés del paciente.*

Artículo 12. *Los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a tener conocimiento adecuado de los problemas generales que impliquen un riesgo para la salud colectiva, y a que esta información y las medidas sanitarias de prevención o tratamiento se difundan en términos verídicos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.*

Capítulo III. Derecho a la Intimidad

Artículo 13. *Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud. Así mismo, tiene derecho a que nadie pueda acceder a ellos sin su autorización, salvo que lo prevea la legislación vigente.*

Toda persona que omita cumplir con el deber de confidencialidad que obliga el presente artículo, será sancionado de conformidad con las normas del Código Penal.

Artículo 14. *Los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el artículo anterior y con tal efecto han de elaborar, en su caso, normas y procedimientos protocolizados para garantizar la legitimidad de todo acceso a los datos de los pacientes.*

Capítulo IV. Derecho a la Autonomía del Paciente y a su Voluntad Expresa

Artículo 15. *Los centros y servicios de salud, públicos y privados, informarán por escrito de los derechos que esta Ley reconoce a los ciudadanos y ciudadanas desde el momento de su ingreso, mediante la disposición de documentos o formularios que informen con claridad y acrediten mediante su firma el conocimiento de sus derechos en cuanto a la utilización de los servicios médicos, además del consentimiento específico en las intervenciones quirúrgicas.*

Artículo 16. *Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada de acuerdo con lo establecido en el Capítulo II. Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, cuando se realizan procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. El consentimiento puede ser revocado libremente en cualquier momento.*

Artículo 17. *El documento de consentimiento debe ser específico para cada procedimiento de diagnóstico o terapéutico, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Dicho documento debe contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sobre sus beneficios y posibles riesgos.*

Artículo 18. *Son situaciones de excepción a la exigencia general del consentimiento que permiten realizar las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de la persona afectada:*

1. Cuando hay un riesgo para la salud pública, si lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación aplicable.
2. Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento, no es posible conseguir la autorización de este o de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho. En estos supuestos se podrán llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.
3. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho del paciente deberá ser ejercitado por las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho.
4. Cuando el paciente haya manifestado expresamente su deseo de no ser informado, en cuyo caso deberá respetarse su voluntad, sin perjuicio de obtenerse el consentimiento previo para la intervención, dejando constancia documentada de esta renuncia a la información.

No obstante, el derecho a no saber podrá restringirse cuando se establecieran las razones de interés de la salud del propio paciente, por exigencias terapéuticas, o de interés de terceros o de la colectividad.

Artículo 19. Son situaciones de otorgamiento del consentimiento por sustitución:

1. Cuando el enfermo no sea capaz para tomar decisiones, porque su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de la situación, según criterio del médico responsable de la asistencia, este recabará el consentimiento de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho. Se dará preferencia al cónyuge y, en su defecto, a los hijos mayores de edad y, en ausencia de estos, a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado al de mayor edad.
2. En los casos de incapacidad legal, de menores de edad y de personas internadas por trastornos psíquicos, el consentimiento debe darlo quien tenga la tutela o curatela. Los menores emancipados y los adolescentes de más de dieciséis años deberán dar personalmente su consentimiento. En el caso de los menores, el consentimiento debe darlo su representante, después de haber escuchado su opinión, en todo caso, si es mayor de doce años.

Artículo 20. En los supuestos definidos en los numerales 1 y 2 del artículo anterior, se podrán realizar, sin el consentimiento exigido, las intervenciones urgentes e indispensables para evitar lesiones irreversibles o peligro de muerte de la persona afectada, incluyendo los casos de suicidio.

Artículo 21. En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión e intervención médica debe respetar la dignidad personal del enfermo, estar motivada, ser objetiva y proporcionada, quedando reflejado todo ello en el expediente clínico. En todo caso, se intentará que tanto el enfermo como sus parientes y allegados intervengan cuanto sea posible en la toma de decisiones.

Capítulo V. Derecho de los Pacientes en Fase Terminal

Artículo 22. Toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en fase terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación y esté informada de forma clara y confiable de su diagnóstico, su pronóstico y de las alternativas de los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos posibles, podrá oponerse a la aplicación de estos, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento.

La información será brindada por el profesional médico, en términos claros y adecuados a su nivel de comprensión y estado psíquico, de acuerdo con la personalidad del paciente, a efecto de que al prestar su consentimiento lo haga debidamente informado. En todos los casos, deberá dejarse constancia por escrito, con las firmas de ambas partes. Cuando se trate de incapaces o personas imposibilitadas para prestar su consentimiento, se habilitará la vía judicial para que el juez competente, en un término perentorio de 72 horas, verifique o determine la representación legal del enfermo a este solo efecto, siendo quien revista tal carácter quien podrá asumir la decisión de oponerse de acuerdo con lo prescrito en el primer párrafo del presente artículo.

Artículo 23. *El equipo de salud actuante de toda unidad hospitalaria deberá mantener aquellas medidas que permitan la mejor calidad de vida posible del paciente, hasta su fallecimiento, para lo cual deberá contar con unidades operativas de cuidados paliativos. Los centros de atención primaria ofrecerán los cuidados paliativos prolongados, que garanticen la mejor calidad de vida y alivio del dolor mediante la atención del personal médico de que dispongan.*

Artículo 24. *Para la aplicación del artículo 22, serán necesarios los siguientes requisitos:*

1. *Que el paciente esté en uso de sus facultades mentales, excepto que se den las situaciones previstas en el último párrafo del artículo 22;*
2. *Que la oposición se realice mediante un documento escrito donde conste su voluntad;*
3. *Que la decisión haya sido tomada libremente;*
4. *Que, agotados los medios conocidos de diagnóstico, se concluya que la enfermedad o accidente que lo haya colocado en igual situación, es irreversible, incurable y se encuentra en fase terminal, conforme al dictamen de una junta médica, integrada por lo menos por dos especialistas en la enfermedad de que se trate.*
5. *Que un psiquiatra evalúe que se dan las condiciones previstas en los numerales 1 y 3.*

Artículo 25. *Se considerará enfermedad irreversible, incurable y en fase terminal a la enunciada en el diagnóstico del profesional médico que atienda al paciente, juntamente con el producido por la junta médica de especialistas en la afección que se trata, en el que deberá especificarse que, razonablemente y en condiciones normales, se producirá la muerte del paciente.*

Artículo 26. *El profesional médico acatará la decisión del paciente a oponerse a los tratamientos médicos o quirúrgicos, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento, previo cumplimiento de las siguientes condiciones:*

1. *Que le haya informado al paciente o al representante legal, cuando se tratare de incapaces o personas imposibilitadas para prestar su consentimiento, sobre la naturaleza de su enfermedad o características del accidente, y su probable evolución, así como el tratamiento médico aconsejado, incluyendo asesoramiento y apoyo psiquiátrico, y las medidas adecuadas y disponibles para mantenerlo con vida.*
2. *Que la oposición sea firmada por el interesado o, en caso de imposibilidad física de este, por otra persona que él designe, ante el profesional médico interviniente, junto con dos testigos que no sean parientes del paciente hasta el cuarto grado de consanguinidad, o sus beneficiarios testamentarios o de un seguro de vida. En el caso de incapaces o personas imposibilitadas para prestar su consentimiento, la oposición será firmada por sus representantes legales.*
3. *Cuando resulte necesaria la intervención de un intérprete o traductor para la adecuada firma de la oposición, esta también debe ser suscrita por ellos, con expresa mención de que el paciente ha comprendido correctamente su contenido.*

En caso de no existir intérprete o traductor adecuado, se recurrirá a la persona que se considere más idónea para el caso, dándose debida cuenta a la autoridad consular respectiva, cuando ello corresponda.

Artículo 27. *El que hubiere intervenido como testigo estando incluido en las limitaciones previstas por el numeral 2 del artículo anterior, será sancionado de conformidad con las normas del Código Penal.*

Artículo 28. *Firmada la oposición de conformidad a la presente Ley, el profesional médico archivará en el expediente clínico del paciente la siguiente documentación:*

1. *Diagnóstico de la enfermedad del paciente o accidente sufrido por él;*
2. *Dictamen establecido en los numerales 4 y 5 del artículo 24;*
3. *Original del documento escrito donde consta la oposición.*

Artículo 29. *La oposición podrá ser revocada en cualquier tiempo y en forma fehaciente ante el profesional médico interviniente.*

Artículo 30. Los derechos y obligaciones resultantes de hechos y actos existentes con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, no estarán condicionados ni limitados por la presentación o revocación de la oposición.

Artículo 31. Ningún profesional interviniente que haya actuado de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa.

Artículo 32. Se prohíbe el ejercicio de la eutanasia.

Capítulo VI. Documento de Voluntades Anticipadas

Artículo 33. El documento de voluntades anticipadas es aquel dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad o un menor al que se le reconoce capacidad conforme al Código de la Familia y del Menor, deja constancia de los deseos, previamente expresados, sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad, por medio del consentimiento informado, y por el equipo médico que le asista en tal situación. En las voluntades anticipadas se podrán incorporar manifestaciones para que, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se evite el sufrimiento con medidas paliativas, aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte. Para tal efecto, en las manifestaciones de las voluntades anticipadas, la persona puede designar a un representante cuando no pueda expresar su voluntad por sí misma. Esta persona será la única interlocutora válida y necesaria con el médico o el equipo sanitario. En la declaración de voluntad anticipada, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto de la donación total o parcial de sus órganos para fines terapéuticos, docentes o de investigación, una vez llegado el momento de su muerte. En este supuesto no se requerirá ninguna autorización para la extracción o utilización de los órganos donados.

Artículo 34. El documento de voluntades anticipadas deberá ser respetado por los servicios sanitarios y por cuantas personas tengan alguna relación con su autor, como si se tratara de un testamento. Para su plena efectividad, el documento de la declaración de voluntades anticipadas deberá haber sido otorgado en las condiciones citadas en el artículo anterior, formalizándose por alguno de los siguientes procedimientos:

1. Ante notario. En este supuesto no se precisa la presencia de testigos.
2. Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

Artículo 35. Los médicos o equipos médicos destinatarios de la declaración de voluntades anticipadas no tendrán en cuenta las instrucciones que sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la buena práctica clínica, a la mejor evidencia científica disponible o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlas. En estos casos, debe hacerse la anotación razonada pertinente en el expediente clínico. La administración del hospital o centro de salud adoptará las medidas necesarias para garantizar la voluntad anticipada del paciente, recogida en el documento.

Artículo 36. El documento que recoja la declaración de voluntades anticipadas deberá ser entregado por la persona que lo ha otorgado, por sus familiares o por su representante al centro de salud u hospitalario donde la persona sea atendida. Este documento deberá incorporarse al expediente clínico del paciente. Capítulo VII

Expediente Clínico

Artículo 37. El expediente clínico recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en él. En el expediente, debe procurarse la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. Esta integración

debe hacerse, como mínimo, en el ámbito de cada centro, donde debe existir un expediente clínico único para cada paciente.

Artículo 38. Los expedientes clínicos se pueden elaborar mediante soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad de su contenido y su plena reproducibilidad futura. En cualquier caso, debe garantizarse que quedan registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado. Los expedientes clínicos deberán ser claramente legibles, evitándose, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizados en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que se disponga reglamentariamente. Cualquier información incorporada al expediente clínico debe ser datada y firmada, de manera que se identifique claramente la persona que la realice.

Artículo 39. Los centros y servicios de salud, públicos y privados, deben adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sea autorizado.

Artículo 40. El expediente clínico debe tener un número de identificación y debe incluir los siguientes datos:

1. Datos de la identificación del enfermo y de la asistencia:
 - a. Nombres y apellidos del enfermo.
 - b. Fecha de nacimiento.
 - c. Sexo.
 - d. Cédula de Identidad Personal.
 - e. Número de Seguro Social.
 - f. Dirección de domicilio y teléfono.
 - g. Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
 - h. Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
 - i. Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede.
 - j. Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.
 - k. Médico responsable del enfermo.
 - l. Número de seguro privado, en caso de existir.
2. Datos clínicos-asistenciales:
 - a. Antecedentes familiares y personales, fisiológicos y patológicos.
 - b. Historia clínica y examen físico.
 - c. Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta.
 - d. Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
 - e. Hojas de tratamiento médico.
 - f. Hoja de consentimiento informado, si procede.
 - g. Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si procede.
 - h. Informes de epicrisis o de alta, en su caso.
 - i. Documento de alta voluntaria, en su caso.
 - j. Informe de necropsia, si existe.
 - k. En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.
3. Datos sociales.
 - a. Informe social, si procede.

Artículo 41. En los expedientes clínicos hospitalarios en que participe más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.

Artículo 42. Los centros de servicios de salud públicos y privados deben disponer de un modelo normalizado de expediente clínico que recoja los contenidos fijados en los artículos 40 y 41, adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen.

Artículo 43. El expediente clínico es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente. A dicho efecto, los profesionales asistenciales del centro que están implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo deben tener acceso al expediente clínico.

Artículo 44. Cada centro debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta asistencia a un paciente concreto, los profesionales que lo atienden puedan, en todo momento, tener acceso al expediente clínico correspondiente.

Artículo 45. Se puede acceder al expediente clínico con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia, con sujeción a lo establecido en la ley.

Artículo 46. El personal que se ocupa de las tareas de administración de los centros sanitarios puede acceder sólo a los datos del expediente clínico relacionados con las mencionadas funciones.

Artículo 47. El personal al servicio del Ministerio de Salud que ejerce funciones de inspección, debidamente acreditado, puede acceder a los expedientes clínicos a fin de comprobar la calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro de relación con los pacientes o los servicios de salud. Aquel personal que accede, en uso de su competencia, a cualquier clase de datos del expediente clínico, queda sujeto al deber de guardar el secreto sobre ellos.

Artículo 48. La administración o dirección de los centros hospitalarios o de salud velarán por el buen uso de los archivos de datos de los pacientes, aplicando las medidas de seguridad, control y registro de cualquier acceso a los datos efectuados.

Artículo 49. El expediente clínico se ha de conservar, como mínimo, hasta veinte años, contados desde la muerte del paciente. No obstante, se podrán seleccionar y destruir los documentos que no sean relevantes para la asistencia, transcurridos dos años desde la última atención del paciente.

Artículo 50. En cualquier caso, en el expediente clínico deben conservarse, junto con los datos de identificación del paciente, durante veinte años, como mínimo, contados desde la muerte del paciente, las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y los registros de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.

Capítulo VIII. Derechos en Relación con el Expediente Clínico

Artículo 51. El derecho de acceso del paciente al expediente clínico puede ejercerse también por representación, siempre que esté suficientemente acreditada. El paciente tiene derecho a que los centros y servicios de salud, públicos y privados, establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de los expedientes clínicos. Dicha custodia debe permitir la recolección, recuperación, integración y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad, en los términos establecidos en los artículos 43, 44, 45, 46, 47 y 48 de la presente Ley.

Artículo 52. El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, con el objetivo de avanzar en la configuración de un expediente clínico único por paciente, ha de promover, mediante un proceso que garantice la participación de los agentes implicados, el estudio de un sistema que, atendiendo a la evolución de los recursos técnicos, posibilite el uso compartido de los expedientes clínicos entre los centros asistenciales de Panamá, a fin de que pacientes atendidos en diversos centros no se hayan de someter a exploraciones y procedimientos repetidos, y los servicios asistenciales tengan acceso a la información clínica disponible.

Artículo 53. Los centros de salud y hospitales, tanto públicos como privados, disponen del plazo de un año, contado a partir de la entrada a vigencia de esta Ley, para adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias para adaptar el tratamiento de los expedientes clínicos a las previsiones que aquí se contienen y elaborar los modelos normalizados del expediente clínico a que hace referencia el artículo 38. Los procesos asistenciales que se realicen una vez transcurrido este plazo, se han de reflejar documentalmente de acuerdo con los modelos normalizados aprobados.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Código Sanitario, Ley No. 66 del 10 de noviembre de 194.**

<http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/centroamerica/panama/salud/Codigo-Sanitario.pdf>

Artículo 5. Además de las atribuciones que este Ministerio ejerce a través de sus Departamentos de Trabajo y Previsión Social, le corresponderá privativamente, en lo relacionado con la salud pública, lo siguiente:

1. Estudiar y resolver todo problema nacional de orden político, social o económico que pueda afectar la salud; y, en primer término, dar la orientación y los lineamientos generales de la acción oficial del Gobierno frente a tales problemas;
2. Estudiar los problemas referentes a urbanismo; viviendas populares, alimentación nacional y artículos de primera necesidad, incluso medicamentos, en los aspectos de importación, producción, distribución y consumo; inmigración; colonización, instalaciones industriales, agrícolas y mineras de importancia; y desarrollo de las profesiones encargadas de la defensa de la salud;
3. Proponer los proyectos de legislación relacionados con estos problemas y reglamentar los aprobados;
4. Dictaminar, antes de su aprobación, sobre todo tratado, convenio, conferencia, convención o acuerdo internacional, que tenga relación directa o indirecta con la salud pública;
5. Aprobar los reglamentos que someta el Director General de Salud Pública, para complementar y hacer efectivas las disposiciones del Código Sanitario;
6. Coordinar las labores de los departamentos de su dependencia procurando evitar duplicación de funciones y estableciendo entre ellos cooperación efectiva;
7. Suscribir acuerdos y convenios con otros Ministerios e instituciones oficiales o privadas, para coordinar actividades que deban ser realizadas cooperativamente;
8. Designar comisiones o asesores para el estudio y solución de problemas de salud de interés nacional;
9. Considerar la memoria anual del Departamento Nacional de Salud Pública;
10. Presidir el Consejo Técnico de Salud Pública.

...

Artículo 10. La División de Hospitales estará integrada por las secciones técnicas que tengan relación con el manejo o control de los hospitales y demás instituciones de índole curativa.

Artículo 11. A las distintas secciones de esta división les serán asignadas las siguientes actividades:

- Estadística de hospitales
- Control médico-técnico.
- Control administrativo y económico de hospitales.
- Planificación y fiscalización de construcciones de hospitales.
- Fiscalización de instituciones privadas de asistencia médico-social.
- Aprovisionamiento.

Estas secciones deberán coordinar sus actividades con las similares del Departamento de Salud Pública y otras reparticiones del ministerio evitando duplicaciones.

- **Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud.**

http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/leyes_decretos/Decreto-de-Gabinete-1-de-1969.pdf

Artículo 1. *Créase el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son de responsabilidad del Estado. Como órgano de la función ejecutiva el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país y estará investido de las prerrogativas y facultades que la Constitución y la Ley otorgan a los Ministerios de Estado, además de las específicas que le confiere el presente Decreto y el Estatuto Orgánico de Salud que deberá complementarlo.*

Artículo 2. *Corresponderá al Ministerio de Salud el estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud y la supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el Sector en concordancia con la planificación del desarrollo y mediante la coordinación de los recursos que se destinan o destinan al cuidado de la salud tanto por las Instituciones dependientes del Estado como por las autónomas y semiautónomas cuya política deberá orientar con arreglo a las exigencias de una planificación integrada. Asumirá asimismo, la responsabilidad de establecer, mantener, y estimular las relaciones que convenga y sea menester con instituciones afines en plano internacional para una mejor utilización de las posibilidades de orden técnico y financiero que beneficien al país y permitan coordinar las actividades de salud de acuerdo con los convenios contraídos y los que convenga concertar en el futuro.*

Garantías de calidad en el ámbito de los servicios ambulatorios y de internación: servicios de guardia, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, cumplimiento de al menos los requisitos básicos de la especialidad médica y de los distintos grados de complejidad

- **Código Sanitario, Ley No. 66 del 10 de noviembre de 1947**

<http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/centroamerica/panama/salud/Codigo-Sanitario.pdf>

Capítulo Segundo. Régimen de Hospitales

Artículo 119. *El Departamento de Salud Pública planificará por conducto de la División de Hospitales un programa nacional para asegurar atención curativa a todas las regiones del país, desarrollar el régimen de hospitales mediante normas generales que uniformen los procedimientos que han de seguirse en todas las instituciones curativas. A este efecto, se tomarán en cuenta las siguientes disposiciones:*

- 1) *Se uniformarán en lo posible, los tipos de hospitales más adecuados a la densidad de población regional, adoptando modelos o patrones para construcción, instalaciones, equipo, dependencias de servicios, personal, etc.;*
- 2) *Se uniformarán los regímenes administrativos y económicos, de acuerdo con los tipos de hospitales;*
- 3) *Se uniformarán las normas estadísticas estableciendo una oficina central para la computación, control y análisis de los datos regionales, que dependerá de la oficina de estadística del Departamento de Salud Pública;*
- 4) *Se establecerán normas uniformes para la atención médica;*

- 5) El aprovisionamiento de hospitales se someterá a normas generales, y en lo que respeta a medicinas, instrumental y equipos, las adquisiciones se harán de preferencia por un organismo centralizado.

Artículo 120. Se establecerá un sistema de coordinación entre los hospitales locales, regionales y especializados, con el objeto de evitar instalaciones de servicios costosos donde no haya suficiente volumen de población para utilizarlos en toda su capacidad. Se proveerán medios suficientes para el transporte de los enfermos y el Estado suministrará fondos especiales para la movilización de leprosos, tuberculosos, psicópatas, etc., hacia los centros curativos especializados.

Artículo 121. Los servicios u hospitales especializados, como sanatorios, manicomios y hospitales psiquiátricos, institutos de traumatología, de ojos y del cáncer, leproserías, hospitales de niños, etc., se establecerán en o cerca de los grandes centros de población con facilidades de acceso y aprovisionamiento. Los hospitales regionales contarán por lo menos con servicios generales de medicina y cirugía y facilidades para la hospitalización y atenciones de niños, maternidad y enfermos infectocontagiosos. Tendrán además servicios de emergencia, consultorios externos, laboratorio de Rayos X y exámenes clínicos, servicio de necropsias e histopatología, farmacia, dietética, etc. Los hospitales locales poseerán servicios generales de medicina y cirugía y secciones independientes para maternidad y enfermos infecto-contagiosos; y por lo menos con laboratorio para los exámenes clínicos elementales y consulta externa.

Las unidades sanitarias distritales, estarán dotadas de cuatro [4] a seis [6] camas, para atención de emergencia y tendrán en su personal un médico clínico encargado de dicha atención y quien estará obligado a cooperar activamente en las labores médico-preventivas de la unidad.

La atención curativa del medio rural se hará mediante brigadas preventivocurativas dependientes de la unidad sanitaria. Estas brigadas atenderán todos los aspectos de la higiene pública local y del tratamiento de enfermos, incluso el reparto de medicinas para indigentes; y lo harán siempre en un mismo local y en días y horas preestablecidos.

Artículo 122. Se establecerá estrecha cooperación entre los servicios médico-preventivos y médico-curativos, como servicios prenatales y de maternidades, dispensarios y sanatorios para tuberculosos, control de enfermos infecto-contagiosos y hospitales de aislamiento de enfermedades transmisibles etc. Salvo los casos indicados en este código, los servicios curativos deben poseer locales y personal diferentes de los servicios preventivos.

- **Ley No. 31 de 3 junio de 2008, Que regula la profesión de Técnico en Urgencias Médicas y dicta otras disposiciones.**

http://www.asamblea.gob.pa/APPS/LEGISPAN/PDF_NORMAS/2000/2008/2008_559_0714.PDF

Disposiciones Generales

Artículo 1. Se regula la profesión de Técnico en Urgencias Médicas y su ejercicio estará sujeto a la presente Ley y a su reglamentación.

Artículo 2. Los profesionales Técnicos en Urgencias Médicas tienen formación universitaria y están debidamente entrenados científica, técnica y prácticamente para ejecutar labores prehospitalarias de evaluación, primeros auxilios y estabilización del paciente antes y durante su traslado a los servicios de urgencia.

Artículo 3. La atención que brinde el Técnico en Urgencias Médicas en el ambiente prehospitalario hasta la entrega del paciente a los servicios de urgencia estará bajo la responsabilidad y supervisión de un médico idóneo, preferiblemente especialista en Urgencias Médico-quirúrgicas, quien impartirá las instrucciones pertinentes.

...

Artículo 5. Para ejercer la profesión de Técnico en Urgencias Médicas es necesario tener idoneidad, para lo cual se requiere:

1. Ser de nacionalidad panameña.
2. Presentar certificado de buena salud física y mental, expedido por un médico autorizado de una institución oficial de salud.
3. Poseer diploma de Bachiller en Ciencias.
4. Tener título universitario de Técnico en Urgencias Médicas, expedido por una universidad nacional o extranjera reconocida.
5. Presentar créditos y programas de la carrera.
6. Presentar poder y solicitud mediante abogado al Consejo Técnico de Salud, que es el responsable de otorgar idoneidad.

Artículo 6. La Comisión Médica del Consejo Técnico de Salud, con la participación de representantes de la Asociación de Técnicos en Urgencias Médicas, revisará en primera instancia la documentación del solicitante.

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Ley No. 44 del 31 de octubre de 2007, Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME 9-1-1).**

http://www.asamblea.gob.pa/legispan/PDF_NORMAS/2000/2007/2007_556_1143.pdf

Artículo 1. Se crea el Sistema Único de Manejo de Emergencias, en adelante SUME 9-1-1, para la planificación, asistencia, dirección y supervisión de las acciones para la atención integral y oportuna de las emergencias, bajo esquemas de calidad, innovación, desarrollo de habilidades competitivas, dominio de nuevas tecnologías de información y comunicación, aprendizaje significativo y promoción de programas de mejora continua.

Artículo 2. El SUME 9-1-1, en el ámbito de sus funciones, será representado, ante el Órgano Ejecutivo, por el Ministerio de Gobierno y Justicia.

Artículo 3. Las llamadas de emergencia recibidas en el SUME 9-1-1, una vez identificadas y clasificadas, deberán ser comunicadas a la entidad que corresponda, conforme al procedimiento y a las características del suceso. El personal al cual se le comunica la emergencia deberá actuar con la mayor celeridad posible, respetando el procedimiento establecido para cada incidente en los protocolos de comunicación previamente establecidos. Una vez finalizada la actuación, se deberá reportar la novedad al SUME 9-1-1 para fines de registro del cierre de la incidencia.

Artículo 4. Para identificar el número, la zona geográfica y los datos del titular de la línea desde la cual se emite la llamada de emergencia y para registrar las conversaciones que se generen durante su transcurso, el Sistema dispondrá de los mecanismos tecnológicos adecuados. El usuario del SUME 9-1-1 acepta las condiciones antes descritas y su llamada de emergencia será tomada como manifestación de su consentimiento. Para salvaguardar la seguridad de los usuarios, el manejo de la información generada en las operaciones del SUME 9-1-1 será de carácter confidencial, de conformidad con lo establecido en la Ley 6 de 2002; no obstante, solo se brindarán los datos que reposen en sus registros por orden de autoridad competente.

Artículo 5. Las entidades públicas y privadas están obligadas a colaborar con los mecanismos a su disposición y con la información necesaria para una correcta implementación del SUME 9-1-1. Tal deber de colaboración incumbe a las autoridades de Policía, los hospitales y centros sanitarios públicos o privados, los servicios de vigilancia, las obras públicas y los servicios de mantenimiento de rutas, los bomberos, los servicios de asistencia sanitaria extra hospitalaria públicos y privados, los servicios de emergencia de aeropuertos, los medios de transporte sanitarios dependientes de organismos públicos o privados, los servicios de empresas de seguridad, el Sistema

Nacional de Protección Civil, el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, los concesionarios de autopistas y rutas, los servicios de suministro, mantenimiento y conservación de redes de telecomunicaciones, telégrafos, agua, gas y electricidad, los grupos de salvamento y socorrismo voluntarios de protección civil y las organizaciones cuya finalidad se vincule a la seguridad de las personas, al disfrute de sus bienes y derechos y al mantenimiento de la tranquilidad ciudadana.

En todo caso, las entidades a las que se refiere el párrafo anterior deberán facilitar al SUME 9-1-1 la información necesaria para alimentarlo, a fin de que pueda actuar en situación de incidente o emergencia y hacer posible la coordinación de todos los servicios que deban ser movilizados. Se crearán las bases de datos necesarias para recabar la información que pueda determinar el modo de prestación del servicio de atención de emergencia y el modo de desarrollo y coordinación de las actividades de asistencia requeridas.

Artículo 6. El SUME 9-1-1 tiene la responsabilidad de garantizar a sus usuarios la prestación de los servicios de su competencia, en forma continua, eficiente y segura, para lo cual deberá cumplir con las metas de desempeño y de calidad de servicio establecidas, de acuerdo con esta Ley y las disposiciones reglamentarias.

Artículo 7. Los concesionarios de los servicios de telecomunicación básica local, de terminales públicos y semi-públicos, así como de telefonía móvil celular, de comunicaciones personales y de sistemas troncales convencionales están obligados a cursar las llamadas que originen sus clientes y/o usuarios hacia el SUME 9-1-1 de manera gratuita.

Artículo 8. El Ministerio de Salud, como ente rector en materia de salud pública, dictará las políticas de salud y normará todo lo relacionado a la atención prehospitalaria, en coordinación con la Caja de Seguro Social y el SUME 9-1-1.

Artículo 9. El Consejo de Directores de Zona de los Cuerpos de Bomberos de la República propondrá al Consejo Operativo el protocolo de operación en todo lo relacionado a las labores de rescate en caso de accidentes ocurridos en las carreteras.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Resuelto No. 06077 del 2 de diciembre de 1999 del Ministerio de Salud, Reglamento para el uso de las lanchas Ambulancias de la Región metropolitana de Salud.**

http://www.asamblea.gob.pa/APPS/LEGISPAN/PDF_NORMAS/1990/1999/1999_503_4505.PDF

Artículo 1. La Gerencia Local del centro de Salud es responsable de la utilización de la Lancha Ambulancia, la cual prestará servicios a la población del área geográfica que corresponda a la jurisdicción de dicha entidad médica.

Artículo 2. La ambulancia deberá estar disponible las veinticuatro horas del día.

...

Artículo 3. La Lancha Ambulancia será utilizada para el traslado de pacientes de una institución sanitaria a otra de mayor complejidad o capacidad receptiva cuando la condición del paciente así lo requiera. De igual forma se utilizará la Lancha Ambulancia para el transporte de pacientes de un sitio a una instalación sanitaria hacia estas, cuando se determinen que los mismos no lo pueden hacer por otro medio de transporte.

...

Los pacientes que sean trasladados en una Lancha Ambulancia de una instalación a otra, deberán ser acompañados por personal médico o técnico capacitado, y en su ausencia por un familiar, cuando la condición del paciente lo determine. El paciente trasladado puede hacerse acompañar por un familiar, cuando ellos sea factible y conveniente.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Ley No. 16 del 31 de julio de 1986 por la cual se dictan normas para garantizar la Asistencia Médica de Urgencia a las personas que se encuentren en grave peligro de muerte.**

Artículo 3. *Los costos de los servicios médicos y de hospitalización de una persona que haya sido asistida en una institución de salud privada por alguna de las situaciones de urgencia al que se refiere el artículo 1 de esta Ley, serán cubiertas así:*

- a) Si el paciente está cubierto por la Caja de Seguro Social, esta pagará de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica y en los reglamentos respectivos de esta institución.*
- b) Si el paciente está cubierto por alguna póliza de Compañía Aseguradora privada que cubra gastos de atención médica, hospitalización, etc., los gastos de la atención de urgencia serán pagados por la compañía aseguradora.*
- c) Si el paciente es o no asegurado y por alguna razón no tiene derecho a ser atendido o no califica como beneficiario ni del Seguro Social, ni de ninguna Compañía Aseguradora privada, los gastos serán cubiertos así: El Estado cubrirá el 50 por ciento de los gastos de hospitalización tomando como base los costos fijados por el Ministerio de Salud, el paciente será responsable ante la institución que prestó el servicio por un 20 por ciento del costo de hospitalización, y la propia institución absorberá el 30 por ciento restante más los gastos médicos. En caso de comprobar que el paciente no tiene los medios económicos para hacer frente a esa obligación, la institución de salud que haya brindado el servicio, absorberá el costo de la atención brindada. Estos costos le serán computados como gastos deducibles del impuesto sobre la Renta.*

La Contraloría General de la República en conjunción con la Caja de Seguro Social, la Asociación Panameña de Hospitales Privados y el Ministerio de Salud, crearán los mecanismos necesarios para llevar un control adecuado de estos casos.

Artículo 4. *Los hospitales y clínicas privados que hayan celebrado contrato con el Estado en base a lo establecido en el ordinal 6 del artículo 764 del Código Fiscal, o que se acojan a lo establecido en la Ley No. 9 del 25 de febrero de 1975, no podrán como comprendidos a los casos a que se refieren dichas disposiciones legales, las atenciones de urgencia que brinden de conformidad con la obligación que les impone esta Ley.*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de Paraguay.**
<http://www.senado.gov.py/leyes/?pagina=leyes&id=2865>

De la salud

Artículo 68. *Del derecho a la salud*

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes.

Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Artículo 69. *Del sistema nacional de salud*

Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Artículo 70. *Del régimen de bienestar social*

La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria.

- **Ley No. 1.032, publicada el 30 de diciembre de 1996: Crea el Sistema Nacional de Salud.**
http://www.supsalud.gov.py/sitev1/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=33

Artículo 3. *El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Constitución Política de Paraguay.**
http://www.cird.org.py/salud/docs/codigo_sanitario.pdf

De la salud

Artículo 68. *Del derecho a la salud*

...

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes.

...

- **Resolución No. 67 de 9 de diciembre de 2008 del MSPBS, dispone la gratuidad universal de las consultas externas y de urgencias en todos los hospitales, centros y puestos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

No se localizó el texto de esta norma. La misma dispone que las consultas externas y de urgencias deben realizarse en forma totalmente gratuita desde todos los centros asistenciales del país, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. También responsabiliza el estricto cumplimiento de esta disposición a los directores de los hospitales, centros y puestos de salud, en sus respectivos servicios y establece que el incumplimiento de la misma hará pasible al infractor de las sanciones previstas en la Ley de la Función Pública.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron normas.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

No se localizaron disposiciones sobre el tema más allá de lo dispuesto en el Código Sanitario.

- **Ley No 836 de 1980, Código Sanitario.**
http://www.leyes.com.py/todas_disposiciones/1980/leyes/ley_836_80.htm

***Artículo 24.** Ninguna persona podrá recibir atención médica u odontológica sin su expreso consentimiento y en caso de impedimento el de la persona autorizada. Se exceptúan de esta prohibición las atenciones de urgencia y las previstas en el Artículo 13.*

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley No 836 de 1980, Código Sanitario.**
http://www.leyes.com.py/todas_disposiciones/1980/leyes/ley_836_80.htm

***Artículo 3.** El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social.*

***Artículo 4.** La Autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación.*

- **Decreto No. 21.376 de 1998 establece la organización y funciones del MSPyBS.**

***Artículo 1.** Establécese la presente organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en consonancia con los preceptos pertinentes de la Constitución Nacional, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la función rectora de la institución en materia de salud humana y ambiental así como de bienestar social.*

...

Artículo 7. *Los objetivos fundamentales del Ministerio del Salud Pública y Bienestar Social, son los de ejercer la autoridad sanitaria en todo el territorio nacional, conducir la ejecución participativa y descentralizada de la política de salud y del ambiente humano, vigilar y evaluar la situación de Salud y los programas de atención sanitaria y social para garantizar el acceso universal a la prestación integral con equidad, eficiencia y calidad, afianzando así el proceso democrático de la salud hacia el desarrollo sostenible.*

Artículo 8. *Constituyen ámbitos de responsabilidad, control y ejecución del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, las siguientes áreas específicas de acción.*

- *Conducción de la política de salud y del ambiente humanos*
- *Regulación y atención sanitaria*
- *Promoción de la Salud*
- *Vigilancia de la salud y del ambiente*
- *Bienestar social*
- *Desarrollo de la investigación en salud*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Ley No. 1.032, publicada el 30 de diciembre de 1996: Crea el Sistema Nacional de Salud**
http://www.supsalud.gov.py/sitev1/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=33

Artículo 31. *El Comité Ejecutivo organizará una Dirección Médica Nacional, otra del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.*

Artículo 33. *La Superintendencia de Salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema.*

- **Resolución No. 187 del 14 de abril de 2009, MSPyBS Por la cual se aprueba el Manual de Categorización y Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (Edición 2009) y se dispone su implementación y aplicación por parte de la Superintendencia de Salud.**
http://www.supsalud.gov.py/sitev1/descargas/Manual_Cat_y_Acr_2009.pdf

...

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función. La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada dos años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada dos años.

...

La SUPERINTENDENCIA DE SALUD tiene a su cargo la Acreditación y el Control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema, como asimismo, dispondrá de distintos parámetros para el logro de aquellos fundamentos legales, desarrollados por la normativa que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud.

En este contexto, a fin de cumplir con estas responsabilidades, la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, a través de la Dirección de Servicios de Salud organiza e implementa el proceso de Categorización y Acreditación. Para este efecto, cuenta con el manual que consigna los estándares obligatorios para acreditar y categorizar a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud de la República.

...

Red hospitalaria

A- Organización de la atención médica

A1- Continuidad de la atención médica

Se refiere al equipo responsable de la interacción y asistencia durante las 24 horas.

...

Nivel 3

El modelo asistencial contempla acciones preventivas, de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación. Se hacen controles de indicadores de calidad y productividad de las atenciones ofrecidas.

A2-13. *Cuenta con especialistas y sub-especialistas para la realización de consultas y prácticas. (Ej. toma de muestras para Papanicolau, ergometría, audiometría, consulta oftalmológica, otros).*

A2-14. *Se realizan encuestas de satisfacción del paciente sobre aspectos de la atención en consultorio (médica, administrativa) Ver.: la existencia de hojas de encuestas sobre la satisfacción del cliente.*

A2-15. *Se realizan análisis estadísticos sobre los datos obtenibles de los registros. Ver.: Informes estadísticos sobre consultas, sexo, edad, especialidad más requerida, encuestas de satisfacción.*

A3- Urgencias

Es el conjunto de elementos destinados al diagnóstico y tratamiento de pacientes con cuadros de urgencia (con o sin riesgo inminente de vida), que funciona ininterrumpidamente las 24 horas.

Nivel 1

La unidad cuenta con médicos y equipos de enfermería de guardia activa para la atención de las emergencias, funcionando en un local de uso exclusivo, que disponga de área física y de elementos para las diferentes actividades médicas de apoyo diagnóstico, de laboratorio y terapéutico.

A3-01. *El sector de urgencias es cubierto por el Médico General o de Familia en guardia activa las 24 hs. Ver.: las guardias de médicos destinadas a la atención de emergencias y su distribución apropiadas para cubrir 24 hs. todos los días de la semana.*

A3-02. *Cuenta con profesionales médicos, en guardia pasiva, en las cuatro especialidades básicas las 24 horas (contratos).*

El sector de urgencias cuenta con apoyo de enfermería en forma exclusiva las 24 hs. Ver.: las guardias de enfermería destinadas a la atención de emergencias y su distribución apropiadas para cubrir 24 hs. todos los días de la semana.

A3-04. *Dispone de un área exclusiva con acceso independiente.*

A3-05. *El acceso al área de urgencias tiene protección adecuada contra las inclemencias del tiempo. Ver.: si el servicio funciona en un local exclusivo, con acceso independiente con protección adecuada para el ascenso y descenso de pacientes en todo tiempo, espacios diferenciados para consultas, procedimientos y área de observación.*

A3-06. *Dispone de un sistema adecuado de comunicación interna y externa. (Teléfono con acceso directo al exterior)*

A3-07. *El paciente es atendido inmediatamente a su ingreso. Ver: libro o registro de urgencia; verificar si se consigna hora de llegada y hora de atención.*

A3-08. *Cuenta con protocolos de manejo de los cuadros de emergencias más frecuentes. Ver: protocolos impresos y disponibles en el sector.*

A3-09. *Se garantiza la internación de los pacientes o la referencia oportuna y adecuada en caso de emergencia, en un plazo no mayor de 6 horas.*

A3-10. *Se cuenta con un libro donde se registra todos los pacientes que acuden a la urgencia. (Fecha y hora de llegada y de atención, Filiación, Diagnostico presuntivo, Tratamiento efectuado).*

A3-11. *Dispone de apoyo laboratorial básico las 24 horas. (Institucional o tercerizado - contrato).*

A3-12. *Dispone de un carro de paro para reanimación.*

A3-13. *Dispone de un electrocardiógrafo, accesible para su utilización las 24 horas, dentro de la institución.*

A3-14. *Dispone de apoyo al llamado, en el área de Diagnóstico por imágenes (Radiología básica y Ecografía), las 24 horas.*

A3-15. *Dispone permanentemente de servicio de transporte habilitado, propio o contratado, con personal técnico capacitado, para la derivación de pacientes.*

A3-16. *El mobiliario es adecuado y confortable.*

Nivel 2

La unidad dispone de un manual de normas y procedimientos; la organización del mismo cuenta, por lo menos, con los siguientes especialistas: clínico, cirujano, pediatra, gineco-obstetra y anestesiólogo. Incluye recursos humanos entrenados para la reanimación cardio-respiratoria, equipamiento e instrumentales; existen actividades de evaluación de los procesos de la unidad de emergencia.

A3-17. *Cuenta con un electrocardiógrafo exclusivo para el sector de urgencias.*

A3-18. *Cuenta con equipamiento, medicamentos y materiales necesarios para reanimación y mantención cardio-respiratoria. Ver.: listado de ítems de verificación y si el equipo está entrenado en técnicas para la atención inmediata al paciente que esté en riesgo vital, hasta que sea posible su traslado al servicio adecuado.*

A3-19. *Dispone de sala de observación para internación de pacientes por un tiempo no mayor de 24 hs.*

A3-20. *Tiene quirófano o sala de procedimientos exclusivo para cirugías de urgencia.*

A3-21. *Existe manual de normas, rutinas y procedimientos que definan los procesos de funcionamiento.*

A3-22. *Dispone de medios de comunicación alternativos (teléfono celular, radio, etc.).*

Anexo A3

Verificar la disponibilidad en el local de:

- Equipamiento, medicamentos y materiales para reanimación y sostén cardio-respiratorio
- Laringoscopio y laminas y sondas orotraqueales de diversos tamaños, cánulas de mayo,
- electrocardiógrafo,
- balones de oxígeno,
- aspirador,
- desfibrilador,
- respirador,
- equipos de: toracocentesis, traqueotomía, cirugía menor, punción lumbar,
- equipo de succión traqueobronquial y gástrico,
- catéteres urinarios,
- collar cervical,
- tabla espinal corta y larga.
- medicamentos usados en emergencias y otros materiales indispensables.

Nivel 3

La unidad ofrece, por lo menos, alguna otra especialidad además de las citadas anteriormente, dispone de equipamiento, recursos adecuados y realiza evaluaciones periódicas de su eficiencia.

A3-23. *El Área de urgencia cuenta con un Coordinador Médico responsable. Ver: contrato y certificación del coordinador en la especialidad de trauma*

A3-24. *El servicio de Urgencias cuenta con, al menos, una Licenciada en enfermería por turno.*

A3-25. *Se dispone de un Hemoterapeuta en guardia pasiva (contrato)*

A3-26. *Cuenta con profesionales de las especialidades no básicas en guardia pasiva*

A3-27. *Dispone de quirófano o sala de procedimiento exclusivos para el sector de urgencias*

A3-28. *Dispone de Área de lavado para pacientes*

A3-29. *Está disponible un buzón de quejas y sugerencias*

A3-30. *Se realizan reuniones periódicas para evaluar el funcionamiento del servicio.*

- Decreto No. 16.649. 23 de diciembre de 1970, se establecen disposiciones para el funcionamiento de hospitales, sanatorios, clínicas, consultorios médicos privados y otras instituciones médicas bajo la competencia el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social conforme a la ley orgánica de salud pública.

No se localizó el texto de la norma.

- Resolución No. 56, de 6 de febrero de 2009, crea un grupo de trabajo que estará a cargo del diseño del proyecto desarrollo e implementación del Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU).

No se localizó el texto de la norma.

- MERCOSUR/GMC/RES. No. 12/07, Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.

<http://www.sice.oas.org/Trade/MRCSRS/Resolutions/Res4807.pdf>

El grupo mercado común resuelve:

Artículo 1. Aprobar las “Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia”, que constan en Anexos I y II y forman parte de la presente Resolución.

- a) Las Directrices establecidas en el Anexo I se aplican a la atención prehospitalaria fija en unidades no hospitalarias y unidades hospitalarias de atención de Urgencia y Emergencia;
- b) Las Directrices establecidas en el Anexo II se aplican a la atención prehospitalaria fija de Urgencia y Emergencia en unidades de atención primaria;
- c) Estas Directrices no incluyen la atención pre-hospitalaria móvil.

Artículo 2. El seguimiento y actualización de las Directrices será realizado por el SGT N° 11, cuyas funciones incluirán lo siguiente: intercambios de información, propuestas de pautas, estándares y procedimientos operacionales, análisis de los avances nacionales en la materia y estudio de la adecuación de las Directrices no establecidas en la presente Resolución.

Artículo 3. Los Organismos Nacionales competentes para la implementación de la presente Resolución son:

Argentina: Ministerio de Salud

Brasil: Ministerio da Saúde

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Artículo 4. Esta Resolución no necesita ser incorporada al ordenamiento jurídico de los Estados Partes.

Anexo I. Directrices para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia

1. Objetivo

Establecer Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.

2. Definición

2.1. Emergencia: constatación médica de condiciones de agravamiento de la salud que impliquen riesgo inminente de muerte o sufrimiento intenso, exigiendo, por tanto, tratamiento médico inmediato.

2.2. Directrices: conjunto de instrucciones o pautas para orientar acciones que califiquen los Servicios de salud.

- 2.3. *Urgencia: Hecho imprevisto de agravamiento de la salud con o sin riesgo potencial de la vida, cuyo portador necesita de asistencia médica inmediata.*
3. *Requisitos*
 - 3.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia fijo puede funcionar como un servicio de salud independiente o inserto en un establecimiento con internación con mayor capacidad de resolución.*
 - 3.1.1. *Los Servicios de Urgencia y Emergencia deben estar organizados y estructurados considerando la red de atención a la salud existente.*
 - 3.2. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia, público o privado, debe poseer o estar inserto en un servicio de salud que posea la Habilitación o licencia de Funcionamiento, actualizada periódicamente, expedida por el órgano sanitario competente, de acuerdo con la normativa de cada Estado Parte.*
 - 3.3. *La construcción, reforma o adaptación a la estructura física del Servicio de Urgencia y Emergencia debe ser precedida del análisis y aprobación del proyecto junto al órgano competente, así como la verificación de la ejecución de las obras conforme aprobados.*
 - 3.4. *Es de responsabilidad de la administración del servicio de salud prever y proveer los recursos humanos, equipamientos, materiales y medicamentos necesarios para el funcionamiento de los Servicios de Urgencia y Emergencia.*
 - 3.5. *La dirección general del establecimiento y el jefe del Servicio de Urgencia y Emergencia tienen la responsabilidad de planear, implementar y garantizar la calidad de los procesos.*
 - 3.6. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de instrucciones escritas y actualizadas de las rutinas técnicas implementadas.*
 - 3.7. *Las rutinas técnicas deben ser elaboradas en conjunto con las áreas involucradas en la asistencia al paciente, asegurando la asistencia integral y la interdisciplinariedad.*
 - 3.8. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 3.8.1. *poseer estructura organizacional documentada;*
 - 3.8.2. *preservar la identidad y la privacidad del paciente, asegurando un ambiente de respeto y dignidad;*
 - 3.8.3. *promover un ambiente acogedor;*
 - 3.8.4. *incentivar y promover la participación de la familia en la atención al paciente;*
 - 3.8.5. *Ofrecer orientación al paciente y a los familiares en lenguaje claro, sobre el estado de salud y la asistencia a ser prestada, desde la admisión hasta el alta.*
4. *Recursos humanos*
 - 4.1. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de los siguientes profesionales de la salud:*
 - 4.1.1. *Un Responsable Técnico con formación médica, legalmente habilitado.*
 - 4.1.1.1. *El médico responsable técnico puede asumir la responsabilidad por 1 (un) Servicio de Urgencia y Emergencia;*
 - 4.1.1.2. *En caso de ausencia del responsable técnico, el servicio debe contar con un profesional legalmente habilitado para sustituirlo;*
 - 4.1.1.3. *El médico responsable técnico debe estar capacitado en administración de salud;*
 - 4.1.1.4. *En el caso del médico responsable técnico que no posea esta capacitación, debe contar con soporte de un equipo del servicio de salud que sea capacitado en administración en salud.*
 - 4.1.1.5. *En el Servicio de Urgencia y Emergencia hospitalaria, el responsable técnico debe poseer título de especialista en su área de actuación profesional.*
 - 4.1.2. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de equipo médico en cantidad suficiente para la atención 24 horas de las situaciones de Urgencias y Emergencias de todas las actividades correspondientes.*
 - 4.1.2.1. *El servicio debe contar, con un clínico general, pediatra, gineco-obstetra y cirujano capacitados para atención de las Urgencias y Emergencias.*

- 4.1.2.2. *El servicio de Urgencia y Emergencia de mayor complejidad debe contar también con profesionales especializados de acuerdo con el perfil de atención, capacitados para atención de las Urgencias y Emergencias.*
 - 4.1.3. *Un enfermero exclusivo de la unidad, responsable para la coordinación de la asistencia de enfermeros.*
 - 4.1.3.1. *Equipo de enfermeras en cantidad suficiente para la atención de los Servicios las 24 horas del día en todas las actividades correspondientes.*
 - 4.2. *Todos los profesionales de los Servicios de Urgencia y Emergencia deben ser vacunados de acuerdo a las leyes vigentes.*
 - 4.3. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe promover entrenamiento y educación permanente en conformidad a las actividades desarrolladas, a todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes, manteniendo disponibles los registros de su realización y de la participación de estos profesionales.*
5. *Infraestructura física*
- 5.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de infraestructura física dimensionada de acuerdo a la demanda, complejidad y perfil asistencial de la unidad, garantizando la seguridad y continuidad de la asistencia al paciente.*
 - 5.1.1. *El Servicio de Urgencia debe garantizar, conforme al perfil asistencial, el acceso independiente para pediatría.*
 - 5.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer de acuerdo al perfil de atención, los siguientes ambientes:*
 - 5.2.1. *Área externa cubierta para entrada de ambulancias;*
 - 5.2.2. *Sala de recepción y espera, con sanitarios para usuarios;*
 - 5.2.3. *Sala de archivo de Legajos médicos;*
 - 5.2.4. *Sala de clasificación de riesgo;*
 - 5.2.5. *Área de higienización;*
 - 5.2.6. *Consultorios;*
 - 5.2.7. *Sala para asistente social;*
 - 5.2.8. *Sala de procedimientos con área para sutura, curación, rehidratación, y administración de medicamentos;*
 - 5.2.9. *Área para nebulización;*
 - 5.2.10. *Sala de Urgencia y Emergencia para reanimación y estabilización, con área mínima de 12,0 m² por cama;*
 - 5.2.11. *Salas de observación masculina, femenina, pediátrica y aislados, con área mínima de 9,0 m² por cama, con puesto de enfermería, sanitarios y duchas;*
 - 5.2.12. *Sala de recolección de muestras;*
 - 5.2.13. *Área médica y de enfermería;*
 - 5.2.14. *Sala para desechos;*
 - 5.2.15. *Depósito para material de limpieza;*
 - 5.2.16. *Vestuarios y sanitarios para personal;*
 - 5.2.17. *Sala para examen radiológico;*
 - 5.2.18. *Farmacia;*
 - 5.2.19. *Depósito de materiales.*
 - 5.3. *Los ítems 5.2.3, 5.2.7, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18 y 5.2.19, pueden ser compartidos con otras unidades del servicio de salud.*
 - 5.4. *Los Servicios de Urgencia y Emergencia que prestan atención quirúrgica deben contar en su área física o en el establecimiento donde estuviese inserto, con:*
 - 5.4.1. *Centro quirúrgico;*
 - 5.4.2. *Áreas de apoyo técnico y logístico.*

- 5.5. *El Servicio de Urgencia y Emergencia que presta atención traumatológica y ortopédica debe contar en su área física o en el establecimiento donde esté inserto, con sala para enyesar y reducir fracturas;*
 - 5.6. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer instalaciones en el predio que tengan las siguientes características:*
 - 5.6.1. *sistema de energía eléctrica de emergencia para energizar el equipamiento de soporte vital y de los circuitos de iluminación de urgencia;*
 - 5.6.2. *circuitos de iluminación distintos, de forma a evitar interferencias electromagnéticas en el equipamiento y las instalaciones;*
 - 5.6.3. *sistema de abastecimiento de gas medicinal centralizado, con punto de oxígeno, y aire medicinal en las salas de nebulización, sala de observación y sala de Urgencia y Emergencia;*
 - 5.7. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer circulación y puertas dimensionadas para el acceso de camillas y sillas de ruedas.*
6. *Materiales y equipamientos*
 - 6.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe mantener disponible en la unidad de:*
 - 6.1.1. *estetoscopio adulto/infantil;*
 - 6.1.2. *esfigmomanómetro adulto/infantil;*
 - 6.1.3. *otoscopio adulto/infantil;*
 - 6.1.4. *oftalmoscopio;*
 - 6.1.5. *espejo laríngeo;*
 - 6.1.6. *resucitador manual con reservorio adulto/infantil;*
 - 6.1.7. *desfibrilador con marca pasos externo;*
 - 6.1.8. *monitor cardíaco;*
 - 6.1.9. *tensiómetro de pulso;*
 - 6.1.10. *electrocardiógrafo;*
 - 6.1.11. *equipamiento para detección de glicemia capilar;*
 - 6.1.12. *aspirador;*
 - 6.1.13. *bomba de infusión con batería y equipo universal;*
 - 6.1.14. *cilindro de oxígeno portátil y red canalizada de gases o balón de O₂, definido de acuerdo al porte de la unidad;*
 - 6.1.15. *camilla con ruedas y barandas;*
 - 6.1.16. *máscara para resucitador adulto/infantil*
 - 6.1.17. *respirador mecánico adulto/infantil;*
 - 6.1.18. *foco quirúrgico portátil;*
 - 6.1.19. *foco quirúrgico con batería;*
 - 6.1.20. *negatoscopio;*
 - 6.1.21. *máscaras, sondas, drenajes, cánulas, pinzas y catéteres para diferentes usos;*
 - 6.1.22. *laringoscopio infantil/adulto;*
 - 6.1.23. *material para cricotiroidostomía;*
 - 6.1.24. *equipos de macro y microgoteros;*
 - 6.1.25. *caja completa de cirugía menor;*
 - 6.1.26. *collares de inmovilización cervical tamaños P, M y G;*
 - 6.1.27. *plancha larga para inmovilización de la víctima en caso de trauma;*
 - 6.1.28. *plancha corta para masaje cardíaco;*
 - 6.1.29. *instrumentos necesarios para resucitación cardiorespiratoria;*
 - 6.1.30. *medicamentos que garanticen la asistencia en Urgencias y Emergencias.*
 - 6.1.31. *asiento removible destinado al acompañante, 01 (uno) para cada cama de observación;*
 - 6.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 6.2.1. *mantener instrucciones escritas, de uso y mantenimiento, referentes a equipamientos o instrumentos, las que pueden ser sustituidas o complementadas por manuales del fabricante;*

- 6.2.2. *asegurar el estado de integridad del equipamiento;*
- 6.2.3. *registrar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos.*
- 6.3. *Los medicamentos, materiales, equipamientos e instrumentos utilizados, nacionales e importados, deben estar regularizados ante los organismos competentes.*
- 7. *Acceso a los recursos asistenciales*
 - 7.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer o garantizar el acceso, en el tiempo debido a los siguientes recursos asistenciales, diagnósticos y terapéuticos, específicos para la franja etárea asistida:*
 - 7.1.1. *cirugía general;*
 - 7.1.2. *clínica y cirugía obstétrica y ginecológica;*
 - 7.1.3. *clínica y cirugía vascular;*
 - 7.1.4. *clínica y cirugía neurológica;*
 - 7.1.5. *clínica y cirugía ortopédica;*
 - 7.1.6. *clínica y cirugía oftalmológica;*
 - 7.1.7. *clínica y cirugía urológica;*
 - 7.1.8. *clínica y cirugía odontológica y bucomaxilofacial;*
 - 7.1.9. *clínica gastroenterológica;*
 - 7.1.10. *clínica nefrológica;*
 - 7.1.11. *clínica psiquiátrica;*
 - 7.1.12. *clínica para quemados;*
 - 7.1.13. *terapia intensiva;*
 - 7.1.14. *radiología intervencionista;*
 - 7.1.15. *nutrición, incluyendo nutrición enteral y parenteral;*
 - 7.1.16. *hemoterapia;*
 - 7.1.17. *hemodiálisis;*
 - 7.1.18. *laboratorio clínico, incluyendo microbiología y hemogasometría;*
 - 7.1.19. *anatomía patológica;*
 - 7.1.20. *radiología convencional, incluyendo aparato de radiografía móvil;*
 - 7.1.21. *ultra-sonografía, inclusive portátil;*
 - 7.1.22. *ecodoppler;*
 - 7.1.23. *tomografía computarizada;*
 - 7.1.24. *resonancia magnética;*
 - 7.1.25. *fibrobroncoscopía;*
 - 7.1.26. *endoscopía digestiva;*
 - 7.1.27. *electroencefalografía*
- 8. *Procesos operacionales asistenciales*
 - 8.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe prestar al paciente asistencia integral e interdisciplinaria cuando sea necesario.*
 - 8.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe realizar, por profesionales de salud capacitados, clasificación de los pacientes por niveles de riesgo.*
 - 8.2.1. *La clasificación de riesgo debe considerar el grado de necesidad del paciente y el orden de atención debe darse de acuerdo con los protocolos clínicos de servicio.*
 - 8.3. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe garantizar que la transferencia del paciente, en caso de necesidad, sea realizada después de asegurar la disponibilidad de camas en el servicio de referencia, en transporte adecuado a las necesidades.*
 - 8.3.1. *Cuando fuera necesario la transferencia para una Unidad de Terapia Intensiva, ésta debe ser efectuada lo más rápido posible.*
 - 8.4. *Un equipo de Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*

- 8.4.1. *implantar e implementar acciones de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia y acciones de prevención y control de infección y de eventos adversos;*
- 8.4.2. *contribuir con la investigación epidemiológica de brotes y eventos adversos y adoptar medidas de control;*
- 8.4.3. *proceder al Uso Racional de Medicamentos, especialmente de antimicrobianos.*
- 8.5. *Todo paciente debe ser evaluado en cuanto a su estado clínico en todos los turnos y en las interconsultas clínicas, por los equipos médicos y de enfermería, con registro legible y firmado en la ficha de atención o historia clínica.*
- 8.6. *La evaluación de otros profesionales involucrados en la asistencia al paciente debe ser registrada de manera legible y firmada en la ficha de atención o historia clínica.*
9. *Transporte interhospitalario*
 - 9.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe tener disponible, para el transporte de pacientes graves, los siguientes materiales y medicamentos:*
 - 9.1.1. *Camilla para transporte de pacientes adultos y pediátricos, con barandas laterales, soporte para soluciones parenterales y soporte para balón de oxígeno;*
 - 9.1.2. *balón transportable de oxígeno;*
 - 9.1.3. *ventilador para transporte;*
 - 9.1.4. *material de Emergencia para reanimación conteniendo medicamentos antiarrítmico, antihipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoactivas, vasodilatador y vasoconstrictor coronarios, anticonvulsivante, glucosa hipertónica e isotónica, suero fisiológico y agua destilada;*
 - 9.1.5. *equipamientos de Emergencia para reanimación, incluyendo resucitador manual con reservas, laringoscopio completo, máscaras, tubos endotraqueales conectores y cánulas de Guedel de numeración correspondiente al paciente transportado, y guía estéril;*
 - 9.2. *Todo paciente grave debe ser transportado con acompañamiento continuo de un médico o de un enfermero, con habilidad comprobada para la atención de Urgencia y Emergencia, inclusive cardiorespiratoria.*
 - 9.3. *El transporte del paciente grave debe ser realizado de acuerdo al manual de normas, rutinas y procedimientos establecidos por el equipo del servicio de forma de garantizar la continuidad de la asistencia.*
10. *Bioseguridad*
 - 10.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe mantener actualizadas y disponibles, para todos los funcionarios, instrucciones escritas de bioseguridad, contemplando los siguientes ítems:*
 - 10.1.1. *normas y conductas de seguridad biológica, química, física, ocupacional y ambiental;*
 - 10.1.2. *instrucciones de uso para los equipamientos de protección individual (EPI) y de protección colectiva (EPC);*
 - 10.1.3. *procedimientos en caso de accidentes;*
 - 10.1.4. *manipulación y transporte de material y de muestra biológica.*
11. *Prevención y control de infecciones y eventos adversos*
 - 11.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe adoptar medidas sistemáticas para prevención y control de infecciones y eventos adversos.*
 - 11.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe contar con:*
 - 11.2.1. *instrucciones de limpieza, desinfección y esterilización, cuando sea aplicable, de las superficies, instalaciones, equipamientos y materiales.*
 - 11.2.2. *condiciones para la higiene de manos de los profesionales de salud, pacientes y familiares.*
 - 11.3. *Los productos usados en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser utilizados siguiendo las especificaciones del fabricante, que deben estar reglamentados por el órgano competente.*

Anexo II. Directrices para organización y funcionamiento de los servicios de urgencia y emergencia en unidades de atención primaria

1. **Objetivo**
Establecer Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios que presten atención de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria, para atención de pacientes con cuadros agudos o crónicos agudizados, cuya complejidad sea compatible con este nivel de asistencia.
2. **Recursos humanos**
 - 2.1. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe disponer de los siguientes profesionales de salud:*
 - 2.1.1. *Médico general calificado para atención de Urgencia y Emergencia;*
 - 2.1.2. *Odontólogo;*
 - 2.1.3. *Equipo de enfermería (licenciados, técnicos y auxiliares).*
3. **Infraestructura física**
 - 3.1. *La unidad de atención primaria debe poseer para la atención de pacientes en situación de Urgencia y Emergencia:*
 - 3.1.1. *Sala de Emergencia para reanimación y estabilización, con área mínima de 12,0 m² por cama;*
 - 3.1.2. *Salas de observación, con área mínima de 9,0 m² por cama, sanitarios y duchas.*
 - 3.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidad de Atención Primaria debe poseer circulación y puertas dimensionadas para el acceso de camillas y sillas de ruedas.*
4. **Materiales y equipamientos**
 - 4.1. *Las unidades de atención primaria deben mantener disponibles:*
 - 4.1.1. *resucitador manual, con reservas, adulto e infantil;*
 - 4.1.2. *instrumental e insumos para liberar vías aéreas y resucitación cardiorespiratoria;*
 - 4.1.3. *oxígeno;*
 - 4.1.4. *aspirador y nebulizador portátil o fijo;*
 - 4.1.5. *material para pequeñas suturas;*
 - 4.1.6. *material para inmovilizaciones, tales como collares, férulas, y tablas de inmovilización;*
 - 4.1.7. *material de emergencia para reanimación conteniendo medicamentos antiarrítmico, anti-hipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoactivas, vasodilatador y vasoconstrictor coronarios, anticonvulsivante, glucosa hipertónica e isotónica, suero fisiológico y agua destilada;*
 - 4.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe:*
 - 4.2.1. *mantener instrucciones escritas, de uso y mantenimiento, referentes a equipamientos o instrumentos, las cuales pueden ser sustituidas o complementadas por manuales del fabricante;*
 - 4.2.2. *asegurar el estado de integridad del equipamiento;*
 - 4.2.3. *registrar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos.*
 - 4.3. *Los medicamentos, materiales, equipamientos e instrumentos utilizados, nacionales e importados, deben estar reglamentados por el órgano competente.*
5. **Procesos operacionales asistenciales**
 - 5.1. *Las unidades de atención primaria deben ser realizadas, por profesionales de salud capacitados, clasificación de los pacientes por niveles de riesgo.*
 - 5.2. *Las unidades de atención primaria deben tener garantizada la existencia de disponibilidad en el servicio de referencia en caso de necesidad de transferencia del paciente.*
 - 5.2.1. *Las unidades de atención primaria deben garantizar que la transferencia del paciente sea realizada en transporte adecuado.*

- 5.3. *Las unidades de atención primaria deben promover entrenamiento y educación permanente en conformidad con las actividades desarrolladas, a todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes en situación de Urgencia y Emergencia, manteniendo disponibles los registros de su realización y de la participación de estos profesionales.*
6. *Bioseguridad*
 - 6.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe mantener actualizadas y disponibles, para todos los funcionarios, instrucciones escritas de bioseguridad, contemplando los siguientes ítems:*
 - 6.1.1. *normas y conductas de seguridad biológica, química, física, ocupacional y ambiental;*
 - 6.1.2. *instrucciones de uso para los equipamientos de protección individual (EPI) y de protección colectiva (EPC);*
 - 6.1.3. *procedimientos en caso de accidentes;*
 - 6.1.4. *manipulación y transporte de material y de muestra biológica.*
7. *Prevención y control de infecciones y eventos adversos*
 - 7.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe adoptar medidas sistemáticas para prevención y control de infecciones y eventos adversos.*
 - 7.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe contar con:*
 - 7.2.1. *instrucciones de limpieza, desinfección y esterilización, cuando sea aplicable, de las superficies, instalaciones, equipamientos y materiales.*
 - 7.2.2. *condiciones para la higiene de manos de los profesionales de salud, pacientes y familiares.*
 - 7.3. *Los productos usados en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser utilizados siguiendo las especificaciones del fabricante, que deben estar reglamentados por el órgano competente.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Resolución No. 303/2002 del 7 de marzo de 2002 de la Comisión Nacional de Telecomunicaciones (CONATEL).** Aprueba la regulación del servicio público de telecomunicaciones de asistencia y despacho de llamadas de emergencia, como aparece en el anexo y deviene parte integral de esta resolución.

No se localizó el texto de la norma.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Resolución No. 187 del 14 de abril de 2009, MSPyBS** Por la cual se aprueba el Manual de Categorización y Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (Edición 2009) y se dispone su implementación y aplicación por parte de la Superintendencia de Salud.
http://www.supsalud.gov.py/sitev1/descargas/Manual_Cat_y_Acr_2009.pdf

A4. Derivaciones o referencias

Se refiere a los convenios con otras instituciones de salud para el traslado de pacientes ya sea para el Diagnóstico o Tratamiento.

Nivel 1

La institución cuenta con unidades de traslados – propias o contratadas (Requisito indispensable para considerar los ítems subsiguientes) y dispone de una lista de servicios a los cuales pueden transferir los casos que superan la capacidad resolutive de la unidad, disponiendo de protocolos básicos que aseguren el proceso de derivación pertinente y oportuna.

Las empresas o instituciones que ofrezcan el servicio deben contar con la habilitación vigente del MSPyBS.

A4-01. *Cuenta con unidades de traslados habilitadas - propias o contratadas - con personal capacitado en emergencias médicas, que incluye emergencias, urgencias y traslados de alto o bajo riesgo.*

A4-02. *Existe convenios con otras institución/es de mayor capacidad resolutive para el traslado de pacientes Ver.: la lista de Servicios a los cuales pueden ser referidos los casos para los cuales el hospital no tenga capacidad resolutive. Verificar si la lista contempla centros de referencia para diversas especialidades, tales como: Neonatología, Neurocirugía, Traumato-Ortopedia, Oftalmología y Terapia Intensiva.*

A4-03. *Se dispone de formularios de referencia (historia clínica unificada), y los mismos son llenados en todos los casos para el traslado de los pacientes.*

A4-04. *Las referencias contemplan un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y de evaluación de la calidad de la atención proporcionada. Ver.: Formularios de satisfacción del cliente.*

Nivel 2

La institución cuenta con unidades de traslados – propias o contratadas (Requisito indispensable para considerar los ítems subsiguientes) y dispone de una lista de servicios a los cuales pueden transferir los casos que superan la capacidad resolutive de la unidad, disponiendo de protocolos que aseguren el proceso de derivación pertinente y oportuna.

A4-05. *Se dispone de protocolos escritos del procedimiento de atención inicial y durante el traslado a establecimientos de referencia. Ver.: si existen normas escritas para el adecuado traslado de los síndromes clínicos especificados en el Anexo 4.*

Anexo A4

- Emergencias cardiocoronarias: Paro cardíaco, Paro respiratorio, Crisis hipertensiva, Dolor precordial, Angina de pecho, Infarto agudo de miocardio, Arritmias, Insuficiencia cardíaca aguda.
- Emergencias neurológicas: Accidentes cerebro vasculares, Convulsiones, Epilepsia, Comas.
- Emergencias respiratorias: Incapacidad respiratoria, Bronco espasmo, Asma, Neumotorax, Obstrucción por cuerpo extraño, Edema de glotis, Asfixia por inmersión o inhalación de gases tóxicos.
- Emergencias abdominales: Hemorragias digestivas, Obstrucciones intestinales, Abdomen agudo (Pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, Peritonitis). Cólico Renal o Biliar, Traumatismos abiertos y cerrados.
- Emergencias Gineco-Obstétricas: Partos en domicilio, Eclampsia, Hemorragias ginecológicas.
- Emergencias endócrino metabólicas: Coma diabético, coma hipoglucémico, Deshidrataciones graves, Crisis hipertiroideas.
- Emergencias Psiquiátricas: Intoxicación alcohólica aguda, Delirium tremens, Intento de suicidio, Psicosis aguda, esquizofrenia aguda. Reacciones neuróticas.
- Emergencias Pediátricas: Dificultad respiratoria de distintos orígenes, Convulsiones, Quemaduras, Politraumatismos, Intoxicaciones, Electrocutación.
- Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave: Síndrome laríngeo, neumotórax hipertensivo.

- *Insuficiencia Circulatoria Aguda Grave: edema agudo de pulmón, embolia pulmonar, arritmia aguda grave, shock.*
- *Insuficiencia Suprarrenal Aguda.*

A4-06. *Se dispone de unidades de traslado equipadas, con médico. (Propias o contratadas).*

A4-07. *Existe una persona responsable de supervisar el cumplimiento de estos procedimientos.*

A4-08. *Existe un protocolo de comunicación previo al traslado, de seguimiento de las derivaciones y de evaluación de la calidad de la atención prestada. Ver.: si el sistema de comunicación asegura el enlace entre sector prehospitalario y hospitalario, los traslados y cuáles son los medios de comunicación utilizados: contactos entre los médicos (teléfono, celulares, radio, otro.)*

Nivel 3

La institución cuenta con unidades de traslados para medicina crítica – propias o contratadas.

A4-09. *Se dispone de unidades de traslado equipadas para medicina crítica, con médico e incubadora de transporte. (Propias o contratadas).*

A4-10. *Existe un responsable de los procedimientos de transferencias y traslados (Medico, Lic. en enfermería de guardia), inclusive en la obtención de lugar disponible.*

...

- **Manual de Procedimientos de Referencia y Contra-referencia de Pacientes. Servicio de Emergencias Médicas Extra-Hospitalarias. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2009.**

http://www.mspbs.gov.py/planinvierno2009/2_MSP_ATENCION_MEDICA/4_REGULACION_SERVICIOS/Procedim_Referencia_SEME.pdf

Introducción

Con el fin de contribuir a la seguridad de los pacientes trasladados de un lugar de hospitalización a otro por un equipo sanitario, el Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias (SEME) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), ha desarrollado el Manual de Procedimientos de Referencia y Contra-referencia de pacientes basado en las recomendaciones de la Sociedad Francesa de Anestesia y Reanimación (SFAR) y en la Guía de ayuda a la Regulación Médica del SAMU de Francia y el SAMU del Brasil, el cual se ejecutará a través del Centro de Regulación Médica del SEME. Las diferentes responsabilidades de los intervinientes durante la atención del paciente se detallan a continuación en este documento.

Aquellos traslados que necesiten de un soporte avanzado de vida, se llevarán a cabo bajo cuidado médico y son aquellos dirigidos a los pacientes con un riesgo vital manifiesto o potencial, o cuando el pronóstico funcional está gravemente amenazado. Están motivados por la necesidad de hospitalización del paciente en un servicio o una unidad de reanimación o de cuidados intensivos, necesidad de un traslado postoperatorio inmediato, la práctica de exámenes complementarios o de actos terapéuticos no viables en el servicio o unidad donde se encuentra.

Aquellos traslados que necesiten de un soporte básico de vida o categorizados como de traslados simples y que no contemplen un riesgo vital manifiesto para el paciente ni ninguna situación definida como de riesgo vital en el párrafo anterior, serán realizados por personal paramédico.

Este manual se refiere a la organización de los traslados, su desarrollo, vigilancia, el equipo y personal. Su principio general es asegurar la continuidad de la cadena de atención y la vigilancia durante el traslado. No se considerarán en estas recomendaciones, las características específicas de los traslados de recién nacidos, de pacientes psiquiátricos o las de los traslados que impliquen una logística específica como ser un desplazamiento de larga distancia o en circunstancias de desastres.

Conceptos

Referencia: Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica, debido a que los recursos propios y disponibles de atención primaria no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y/o tecnología avanzada. También se entiende como referencia cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada.

Contra-referencia: se entiende como contra-referencia a la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al paciente al establecimiento que refiere junto con la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial.

Objetivos: articular los establecimientos de salud del MSPBS en un sistema de red según niveles de atención y grados de complejidad, garantizando a los pacientes el acceso a los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuados a sus necesidades. El sistema buscará también satisfacer la demanda de atención de la población evitando la sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios de salud.

I. Modalidad de organización de los traslados

1) De los traslados de pacientes que necesiten cuidados intensivos

Para el correcto gerenciamiento de los traslados de pacientes críticos o potenciales usuarios de unidades de cuidados intensivos o intermedios, los diferentes establecimientos de salud del MSPBS elevarán un reporte diario de ocupación de unidades de cuidados intensivos e intermedios vía fax.

El mismo será remitido al Centro de Regulación Médica del SEME (021 205166), a más tardar para las 10:00 hs, a la atención del Médico Regulador de turno. El mismo reporte debe constar de los datos completos incluidos diagnósticos y planes de los pacientes que ocupan la unidad en el momento de emitirse el informe.

La planilla será utilizada por el Médico Regulador como elemento de control; la misma será actualizada vía telefónica y en tiempo real, cuantas veces sean necesarias en el día, para la referencia y contra-referencia de pacientes que requieran internación en dichas unidades.

2) Del procedimiento general de los traslados

*Ante la necesidad de trasladar a un paciente a otro servicio, el médico, o en su defecto el personal de salud de la unidad solicitante deberá llamar a los números del SEME (021-206206, *999 de TIGO, 140 de Personal o 141 de línea baja) donde funciona el Centro de Regulación Médica que se encarga de la Referencia y la Contra-referencia.*

Luego de la solicitud de intervención del Médico Regulador del SEME, la decisión final del traslado será tomada conjuntamente por los médicos afectados que comparten la responsabilidad de la atención del paciente, los cuales son:

- *El médico a cargo del paciente en la unidad de salida, que ha realizado la evaluación médica inicial y que solicita el traslado;*

- El médico de la unidad receptora del paciente, que da su acuerdo para hacerse cargo del paciente, precisa su lugar de acogida y garantiza la continuidad de la atención;
- El médico regulador del SEME, que organiza el traslado en coordinación con el médico personal de salud que lo efectúa. El médico regulador determinará los medios de transporte y el equipo y personal más adecuados para efectuar el traslado en las mejores condiciones, teniendo en cuenta los recursos disponibles y los datos de evaluación del paciente; El médico de la unidad móvil del SEME, para los casos en los que su intervención se haga necesaria, el cual se encuentra apostado en la unidad de salida, o en su defecto si la unidad de salida no cuenta con un profesional médico, el Centro Regulador lo proveerá a los fines del traslado.

El orden de los traslados de pacientes será establecido en base a los resultados de un Triage médico realizado por el médico del centro regulador, teniendo prioridad no aquellos que lo han solicitado primero sino aquellos casos cuya condición clínica justifique una atención prioritaria. Cuando el volumen de demandas lo amerite, el médico regulador deberá crear una lista de espera para la referencia y/o contra-referencia de los pacientes, basada en los resultados de su Triage.

II. De las responsabilidades y atribuciones de las distintas partes

- 1) *Responsabilidades y atribuciones del servicio y/o médico solicitante del traslado:*
 - a. *El médico o personal de salud responsable del paciente en el servicio solicitante debe realizar la solicitud de traslado al Centro de Regulación Médica;*
 - b. *No se deberá movilizar al paciente con riesgo de vida inminente, sin previa y obligatoria evaluación y soporte respiratorio, hemodinámico u otras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando al paciente y preparándolo para el traslado;*
 - c. *Se deberán agotar todos los recursos terapéuticos y auxiliares de diagnóstico disponibles antes de accionar el centro de regulación médica;*
 - d. *Se deberá informar al médico regulador de la situación clínica del paciente y al mismo tiempo completar la Hoja de Referencia en la cual se deberán registrar todas las informaciones referentes a la atención del paciente en la unidad solicitante, como ser el diagnóstico presuntivo, los estudios o exámenes realizados y las conductas terapéuticas adoptadas;*
 - e. *Se deberá obtener una autorización por escrito por parte del paciente o su responsable para el traslado. Se podrá prescindir de dicha autorización siempre que el paciente no esté apto para realizarla o no esté acompañado de un responsable;*
 - f. *En los casos en los que el traslado sea determinado como de bajo riesgo o que necesite un soporte básico de vida, el mismo será realizado por personal paramédico del SEME. En estos casos la responsabilidad y las indicaciones de asistencia terapéutica al paciente trasladado es del médico solicitante hasta que el mismo sea recibido por el médico del servicio receptor. En los casos en los que el traslado sea determinado como de alto riesgo o que necesite un soporte avanzado de vida, la responsabilidad de la asistencia al paciente será del médico solicitante hasta que el mismo sea recibido por el médico de la ambulancia o unidad móvil que realiza el traslado;*
 - g. *En los casos de traslados de pacientes desde el sector privado a un establecimiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el servicio o empresa solicitante deberá solicitar el traslado al centro de regulación médica y deberá seguir las reglamentaciones y especificaciones establecidas en este manual.*
- 2) *Responsabilidades y atribuciones del Centro de Regulación Médica/Médico Regulador:*

Asistente de regulación médica

 - a. *Identifica al que llama (establecimiento de salud, servicio, unidad, número de teléfono), al paciente y al médico o personal de salud que demanda la referencia;*
 - b. *Determina el nivel de prioridad de la llamada de acuerdo a los niveles establecidos en el manual de procedimientos del SEME;*

- c. *Examina: la distancia, la disponibilidad de ambulancia con personal sanitario que pueda realizar el traslado, otras medidas y/o necesidades específicas, condiciones meteorológicas, condiciones del tránsito, etc.;*
- d. *Provee consejos antes de la intervención del médico regulador y de la llegada de la ayuda.*

Médico regulador

- a. *La regulación se realiza entre los médicos responsables (solicitante y médico regulador SEME, médico regulador SEME y receptor);*
 - b. *Evalúa la justificación del pedido: traslado a una unidad de reanimación, unidad de terapia intensiva, traslado a servicios quirúrgicos, servicios de imágenes, etc., siguiendo los principios de la “continuidad de la atención médica”;*
 - c. *Evalúa la gravedad y/o las maniobras terapéuticas: paciente estable y/o sujeto a tratamientos que demanden un ajuste continuado (necesidad de fluidos continuos por vía intravenosa, ventilación asistida, monitoreo cardíaco continuo, etc.);*
 - d. *Evalúa el nivel de emergencia: inmediata pero que depende de la disponibilidad de equipos, o programado o retrasado y que justifique el uso de algún equipo específico;*
 - e. *Selecciona y compone el equipo de traslado: ya sea el más cercano al sitio que solicita el traslado o un equipo mejor preparado pero más distante (teniendo en cuenta la disponibilidad, competencia y equipamientos). Este equipo podrá incluir a otros profesionales de la salud, como ser un médico especialista, un personal de enfermería, un técnico en emergencias médicas u otros;*
 - f. *Se asegurará de que el enfermo y/o sus familiares sean informados y hayan brindado su acuerdo para el traslado;*
 - g. *Selecciona el o los medios de transporte: las ambulancias serán los medios de transporte más utilizados con un área de cobertura máxima de 30 a 40 Km; más allá de esta distancia se justifica la intervención de helicópteros (de acuerdo a la disponibilidad) para cubrir un área de hasta 300 Km. El acceso limitado al paciente a bordo del medio de transporte no constituye una contra-indicación dándose más bien prioridad al nivel de emergencia. Algunos casos pueden necesitar y/o justificar el uso de un avión. En todos los casos de traslados aéreos, el médico regulador será el que propone, pero el piloto será el que finalmente decide de acuerdo a su evaluación de las condiciones;*
 - h. *Determina las prioridades; en el caso de que varios traslados inter-hospitalarios sean solicitados simultáneamente, la urgencia prioriza las decisiones;*
 - i. *Traslados inter-hospitalarios de varios pacientes en forma simultánea: en el marco de situaciones con multivíctimas (accidentes colectivos, epidemias, desastres naturales, etc.), se deberá realizar el traslado de varios pacientes en forma simultánea. El centro regulador del SEME podrá utilizar varios equipos de traslado al mismo tiempo y apelar a la colaboración de otras instituciones como el Cuerpo de Bomberos Voluntarios, la Cruz Roja, las Fuerzas Armadas y las instituciones privadas.*
- 3) *Responsabilidades y atribuciones del equipo de transporte*
- a. *Acatar la decisión del médico regulador en cuanto al medio de transporte y personal que será utilizado para el servicio de traslado;*
 - b. *Informar al médico regulador cuando las condiciones clínicas del paciente al momento de la recepción para el traslado no coincidan con las informaciones que fueron brindadas al mismo en el momento de la solicitud del traslado y solicitar al mismo su intervención como se detalla en el ítem III;*
 - c. *Tendrá a su cargo la vigilancia clínica del paciente durante el traslado así como cualquier tipo de intervención terapéutica necesaria.*
 - d. *Deberán registrar todo tipo de intervención en la hoja de referencia y presentar al paciente con su cuadro clínico y todas las documentaciones al médico o personal de salud del servicio receptor;*
- 4) *Responsabilidades y atribuciones del Servicio / Médico receptor:*
- a. *Garantizar una respuesta médica rápida y resolutive a las solicitudes del Centro de Regulación Médica;*

- b. *Acatar la determinación del médico regulador sobre el envío de pacientes que necesiten de una evaluación médica o cualquier otro recurso especializado existente en su servicio, independiente de la existencia de camas libres o no;*
- c. *Preparar la unidad y el equipo necesario para la recepción eficaz del paciente y firmar la hoja de referencia;*
- d. *Comunicar al Centro de Regulación Médica siempre y cuando existan diferencias entre los datos clínicos que fueron comunicados por parte del Centro de Regulación y aquellos observados durante la recepción del paciente;*
- e. *En los casos en los que los pacientes son trasladados a unidades de apoyo diagnóstico, para la realización de exámenes complementarios o procedimientos terapéuticos, y presentasen una situación clínica de urgencia, la responsabilidad del tratamiento y estabilización del mismo es del personal de salud del establecimiento que está realizando el procedimiento;*
- f. *Despachar a la unidad de transporte una vez que haya evaluado al paciente lo más rápido posible.*

III . De la atención y vigilancia durante el traslado

En la unidad de salida

El médico o personal de salud responsable del paciente transmitirá al personal médico o paramédico del SEME que efectuará el traslado un resumen de la situación clínica del paciente junto con la Hoja de Referencia previamente completada. Antes de abandonar esta unidad, el personal del SEME a cargo del traslado evaluará el estado del paciente y adaptará los cuidados en curso y los elementos de vigilancia a las circunstancias del traslado. Estos datos se transmitirán al médico regulador. Algunos casos pueden llevar a que se re-examinen las indicaciones, las modalidades o incluso el destino del traslado. En caso de litigio, el médico regulador organiza una nueva concertación entre los médicos afectados y toma la responsabilidad de la decisión final.

Durante el traslado El paciente está sujeto a una vigilancia clínica permanente y adaptada a su estado. Esta vigilancia se refiere a los elementos clínicos para detectar un riesgo vital, como ser: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, estado o nivel de conciencia, temperatura, diuresis y otros. Algunos elementos específicos de vigilancia pueden ser incluidos de acuerdo a las necesidades de la patología que afecta al paciente y/o de acuerdo a las necesidades terapéuticas con el fin de asegurar la continuidad de atención en el curso del transporte. La vigilancia clínica puede ser complementada por una vigilancia instrumental que podría incluir la realización de un ECG, el control no invasivo de la presión arterial, el control de la saturación de oxígeno entre otros. Al mismo tiempo si las condiciones del paciente lo requieren y previa comunicación e indicación del Médico Regulador, el personal a cargo del traslado podrá medicar al mismo durante el transporte, documentando toda intervención en la hoja de referencia, quedando una copia del mismo a su cargo.

En la unidad de destino

El paciente queda a cargo de un médico de la unidad de destino. Una transmisión verbal y escrita de los datos (mediante la hoja de remisión) será efectuada. Una copia de la hoja de remisión quedará a cargo del médico de la unidad de destino del paciente. La ambulancia del SEME deberá esperar en la unidad de destino a que el paciente sea evaluado por el médico de dicha unidad y a que éste elabore un plan a corto plazo para el paciente antes de retirarse del lugar.

IV. Hoja de referencia y contra-referencia

La hoja de referencia comprenderá los siguientes elementos:

- *Identificación del paciente, horarios, fecha del traslado, número de control del traslado;*
- *Designación de los recursos necesarios para el traslado y del personal responsable;*
- *Origen y destino del paciente;*

- Patología y motivo del traslado;
- Maniobras terapéuticas efectuadas durante el traslado;
- Parámetros de vigilancia citados más arriba;
- Nombre y firma de los intervinientes.

V - Coordinación del traslado en el centro regulador

Personal de salud del SEME responsable del traslado:

- Conoce y verifica el material de la ambulancia necesario para el transporte;
- Organiza el trabajo del equipo que tripula la ambulancia;
- Será responsable únicamente del monitoreo y la atención médica del paciente durante el traslado, toda la atención médica fuera de la ambulancia será de exclusiva responsabilidad del médico del establecimiento correspondiente.
- Deberá informar al médico regulador cualquier incidente o agravamiento de la condición clínica del paciente que pudiera influir en la llegada al destino original; en estas circunstancias y en conjunto con el médico regulador deberán reevaluar la situación, pudiendo modificar el destino original del paciente en busca de la mejor opción de tratamiento médico.
- Anota los detalles de su intervención en la hoja de Referencia y Contrarreferencia.
- En los casos en los que se produzca la muerte del paciente durante el traslado, el cadáver será trasladado al servicio que quedare más cercano, pudiendo ser este la unidad de salida o la unidad de llegada del paciente, quedando a cargo de dicha unidad la responsabilidad de las formalidades legales posteriores.

VI - Métodos de control de gestión

El Centro de Referencia y Contrarreferencia deberá llevar un registro informático de todos los casos solicitados a través de la central de llamadas. Dicho registro deberá incluir como mínimo los siguientes datos propuestos: Número de control de referencias solicitadas, número total de referencias realizadas, número de control de contrarreferencias solicitadas, número total de contrarreferencias realizadas, detalle de la distribución de referencias y contra-referencias por especialidad y/o servicio, motivo de solicitud del servicio, nombre de las personas intervinientes en el caso.

VII - Medios de transporte

El medio de transporte será escogido por el médico regulador del SEME, en conjunto con el personal que efectúa el transporte. Este medio puede ser terrestre o aéreo, pero siempre adaptado a las necesidades del paciente, y debe permitir los gestos terapéuticos necesarios según el estado del paciente. El medio de transporte debe también ser adaptado a la distancia que hay que recorrer y a la duración prevista del transporte teniendo en cuenta lo especificado anteriormente.

V - Personales del equipo de traslado.

El equipo de traslado comprende al personal de salud del SEME: médico o personal paramédico que realiza el traslado, un ayudante y el conductor de la ambulancia con conocimientos básicos de salud. Este equipo podrá ser completado por un otro personal técnico o auxiliar en formación.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE FASTOS

En Paraguay se dispuso la gratuidad universal de la atención de urgencia en los Centros de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. No se localizaron normas aplicables a un sistema de reembolso por la atención prestada por entidades privadas.

- **Resolución No. 363 del 27 de noviembre de 2008 (MSPBS) por la cual se dispone la exoneración de pago de aranceles de los estudios auxiliares de diagnósticos para pacientes internados en todos los hospitales, centros y puestos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el marco del proceso de implementación progresiva de la gratuidad universal, y se integran en la presente Resolución las disposiciones anteriores de exoneración de pago de aranceles de consultas externas y urgencias, internaciones hospitalarias, así como las cirugías de urgencias y programadas.**
- **Resolución No. 67 de 9 de diciembre de 2008 del MSPBS, dispone la gratuidad universal de las consultas externas y de urgencias en todos los hospitales, centros y puestos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

No se localizó el texto de esta norma. La misma dispone que las consultas externas y de urgencias deben realizarse en forma totalmente gratuita desde en todos los centros asistenciales del país, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. También responsabiliza el estricto cumplimiento de esta disposición a los directores de los hospitales, centros y puestos de salud, en sus respectivos servicios; y establece que el incumplimiento de la misma hará pasible al infractor/a de las sanciones previstas en la Ley de la Función Pública.

- **Resolución S.G. Nro. 140 de 30 de septiembre de 2008. Por el cual se dispone la gratuidad universal de las Internaciones Hospitalarias, así como de las Cirugías de Urgencias y Programadas de las diferentes Especialidades; en todos los Hospitales y Centros de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

<http://www.mspbs.gov.py/resoluciones.php>

***Artículo 1.** Dispone la gratuidad universal de las Internaciones Hospitalarias, suprimiendo el arancel por derecho de internación en salas, pensiones y terapias intensivas, incluidas curaciones nebulizaciones, incubadoras, luminoterapia y oxígeno en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a partir de la hora 0 del día 1 de octubre de 2008.*

- **Resolución S.G. No. 1074 del 21 de diciembre de 2009 por la cual, en cumplimiento del proceso de implementación progresiva de la gratuidad universal, se extiende la exoneración de pago de aranceles en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecido en:**

<http://www.mspbs.gov.py/resoluciones.php>

***Artículo 1.** Integrar en la presente resolución las siguientes medidas de exoneración de aranceles correspondientes a las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecido en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el marco del proceso de implementación progresiva de la gratuidad y universalidad:*

- *Consultas externas y de urgencia, ya establecidas en la resolución S.G. No. 67 de fecha 12 de septiembre de 2008.*

- *Internaciones hospitalarias, suprimiendo el arancel por derecho de internación en salas, pensiones y terapias intensivas, incluidas curaciones, nebulizaciones, incubadoras, luminoterapia y oxígeno ya establecidas en la Resolución No. 140 de 30 de setiembre de 2008.*
- *Cirugías de urgencia, menores y programadas, de las diferentes especialidades, suprimiendo os aranceles por derecho operatorio y anestesia, ya establecidas en la Resolución No. 140 de 30 de setiembre de 2008.*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política del Perú**

<http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html>

Artículo 11. *El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.*

- **Ley No. 26.842 de 15 de julio de 1997. Ley General de Salud.**

<http://www.gerenciasalud.com/leygeneraldesaludperu.htm>

Titulo preliminar

- I. *La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.*
- II. *La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.*
- III. *Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud.*

...

Titulo I. De los derechos deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual

Artículo 1. *Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.*

Artículo 2. *Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 26.842 de 15 de julio de 1997. Ley General de Salud.**

<http://www.gerenciasalud.com/leygeneraldesaludperu.htm>

Artículo 3. *Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. El reglamento establece los criterios para la calificación de la situación de emergencia, las condiciones de reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos.*

...

Artículo 39. *Los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención médico-quirúrgica de emergencia, a quien la necesita y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o salud, en la forma y condiciones que establece el reglamento.*

- **Ley No. 27.604 de 30 de septiembre de 2009, modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<http://www.unife.edu.pe/der/ley.doc>

Artículo 1. *Modificaciones a la Ley General de Salud*

Modifícanse los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37 de la Ley No. 26.842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

Artículo 15. *Toda persona tiene derecho a lo siguiente:*

15.1. Acceso a los servicios de salud

- a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3 y 39, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.*
- b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.*
- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5 de la Ley de Trabajo Médico.*
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.*
- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.*

- **Decreto Supremo No. 016-2002-SA Salud de diciembre 19 de 2002. Aprueba el Reglamento de Ley No. 27.604 que modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2002/DS016-2002.pdf>

Artículo 4. *Todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia. La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.*

En el caso de las emergencias obstétricas se incluye la atención del concebido o niño por nacer, a fin de proteger su vida y su salud.

Artículo 5. *La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Ley No. 27.604 de 30 de septiembre de 2009, modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<http://www.unife.edu.pe/der/ley.doc>

...

Disposiciones finales

Primera. De la difusión de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en el plazo de noventa (90) días, contado a partir de su vigencia, en especial sobre los siguientes temas:

1. *La elaboración de la lista de derechos de los usuarios contenidos en la Ley General de Salud.*
2. *Los mecanismos de divulgación de esta lista de derechos en los establecimientos de salud públicos y privados.*

- **Decreto Supremo No. 016-2002-SA Salud de diciembre 19 de 2002. Aprueba el Reglamento de Ley No. 27.604 que modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2002/DS016-2002.pdf>

Artículo 4. *Todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia. La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.*

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley No. 26.842 de 15 de julio de 1997. Ley General de Salud.**

<http://www.gerenciasalud.com/leygeneraldesaludperu.htm>

Artículo 4. *Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.*

La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso.

En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44o del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos.

El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido.

...

Artículo 15. *Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:*

- a) *Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad;*
- b) *A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece;*
- c) *A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes;*
- d) *A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo;*
- e) *A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare;*
- f) *A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio;*
- g) *A que se le de en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren;*
- h) *A que se le comunique todo lo necesarios para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste;*
- i) *A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica;*

...

Artículo 25. *Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado. El profesional de la salud, el técnico o el auxiliar que proporciona o divulga, por cualquier medio, información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso, sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de los respectivos Códigos de Ética Profesional. Se exceptúan de la reserva de la información relativa al acto médico en los casos siguientes:*

- a) *Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;*
- b) *Cuando sea requerida por la autoridad judicial competente;*
- c) *Cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima;*
- d) *Cuando fuere proporcionada a familiares o allegados del paciente con el propósito de beneficiarlo, siempre que éste no lo prohíba expresamente;*
- e) *Cuando versare sobre enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias, siempre que sea proporcionada a la Autoridad de Salud;*
- f) *Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; y,*
- g) *Cuando fuere necesaria para mantener la continuidad de la atención médica al paciente.*

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos a que se refiere el Artículo 30o de esta ley, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento.

...

Artículo 29. *El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.*

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente ley.

- **Ley No. 27.604 de 30 de septiembre de 2009, modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<http://www.unife.edu.pe/der/ley.doc>

Artículo 1. *Modificaciones a la Ley General de Salud*

Modifícanse los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37 de la Ley No. 26.842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

Artículo 15. *Toda persona tiene derecho a lo siguiente:*

...

15.2. *Acceso a la información*

- A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.*
- A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.*
- A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.*
- A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.*
- A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.*
- A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.*
- A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.*
- A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.*
- A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.*

...

15.4. *Consentimiento informado*

- A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:*
 - En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de*

emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.

a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

Artículo 23. *Las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de salud, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a los que se refiere el presente capítulo, se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.*

Artículo 29. *El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.*

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente Ley.

El establecimiento de salud queda obligado a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo solicite.

El interesado asume el costo que supone el pedido.

- **Decreto Supremo No. 016-2002-SA Salud de diciembre 19 de 2002. Aprueba el Reglamento de Ley No. 27.604 que modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2002/DS016-2002.pdf>

...

Artículo 9. *Toda atención de emergencia, debe registrarse en una Historia Clínica, la que debe contener como mínimo, la siguiente información:*

- a) Fecha y hora de atención;*
- b) Filiación;*
- c) Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta;*
- d) Antecedentes;*
- e) Examen físico;*
- f) Hoja de consentimiento informado de ser el caso.*
- g) Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso;*
- h) Exámenes auxiliares;*
- i) Diagnóstico presuntivo;*
- j) Plan de trabajo;*
- k) Terapéutica y seguimiento; y*
- l) Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.*
- m) En caso de parto llenar la Historia Clínica Perinatal y el Partograma.*

n) *Firma y sello del médico tratante*

Artículo 10. *Toda atención de emergencia además deberá registrarse en el Libro de Emergencias o mediante medio magnético, en el cual se anotará, como mínimo, los siguientes datos:*

- a) *Fecha y hora de ingreso;*
- b) *Nombre del paciente;*
- c) *Edad y sexo;*
- d) *Dirección domiciliaria;*
- e) *Diagnóstico de ingreso;*
- f) *Diagnóstico final de emergencia;*
- g) *Destino y hora de terminada la atención;*
- h) *Observaciones;*
- i) *Nombre y firma del médico tratante; y*
- j) *Nombre y Firma del Acompañante o persona responsable.*

En el caso que el registro de la información se haga mediante un medio magnético, debe hacerse un reporte impreso al final del turno y ser firmado por el profesional responsable.

...

Artículo 16. *Para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente reglamento y a fin de determinar la aplicación de las sanciones administrativas a que se refieren los artículos 134° a 137° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se deberán tener en cuenta los siguientes criterios:*

- a. *Constatación de la solicitud de atención al paciente que se encuentra comprendido bajo los alcances de la Ley y del presente reglamento, formulada por el mismo, sus familiares o por un tercero.*
- b. *Inmediatez y oportunidad en la evaluación del paciente que ingresa a una atención de emergencia o parto.*
- c. *Razonabilidad y proporcionalidad en la atención del paciente en función a la gravedad de su situación de salud y a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.*
- d. *Razonabilidad y proporcionalidad al efectuar la derivación del paciente a otro establecimiento de salud por considerar que no se encuentra dentro de los supuestos establecidos en la Ley o el presente reglamento.*
- e. *Constatación de que el procedimiento aplicado se encuentra dentro de los parámetros establecidos en las guías clínicas o protocolos de atención señalados para dichos procedimientos.*

Los criterios establecidos anteriormente deben entenderse como parámetros mínimos a seguir, sin perjuicio de poder establecerse procedimientos adicionales que procuren una eficaz y rápida atención de los pacientes beneficiarios de la Ley.

Además de las normas mencionadas que se aplican a casos de emergencias, existen las siguientes disposiciones referidas al derecho de los pacientes:

- **Resolución Suprema No. 676-2006/MINSA, Aprueban el Documento Técnico “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008”**

http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

- **Resolución Suprema No. 008-2003-SA de 8 de Octubre de 2003.**

Constituyen Comisión de Alto Nivel encargada de analizar problemática de reclamos y derechos de los pacientes que resulten damnificados en establecimientos de salud, públicos o privados. http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Constitución Política del Perú**

<http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html>

Artículo 192. *Los gobiernos regionales promueven el desarrollo y la economía regional, fomentan las inversiones, actividades y servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y locales de desarrollo.*

Son competentes para:

...

7. *Promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a ley.*

Artículo 195. *Los gobiernos locales promueven el desarrollo y la economía local, y la prestación de los servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y regionales de desarrollo.*

Son competentes para:

...

8. *Desarrollar y regular actividades y/o servicios en materia de educación, salud, vivienda, saneamiento, medio ambiente, sustentabilidad de los recursos naturales, transporte colectivo, circulación y tránsito, turismo, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte, conforme a ley.*

- **Ley No. 26.842 de 15 de julio de 1997. Ley General de Salud.**

<http://www.gerenciasalud.com/leygeneraldesaludperu.htm>

Disposiciones complementarias, transitorias y finales

Titulo preliminar

...

- IV. *La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.*
- V. *Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social.*
- VI. *Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.*
Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.
- VII. *El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.*

VIII. *El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.*

IX. *La norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella.*

...

XV. *El Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud.*

XVI. *El Estado promueve la educación en salud en todos los niveles y modalidades.*

XVII. *La promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado.*

XVIII. *El Estado promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud.*

...

Titulo quinto. De la autoridad de salud

Artículo 122. *La Autoridad de Salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La Autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.*

Artículo 123. *Entiéndase que la Autoridad de Salud de nivel nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud.*

Artículo 124. *En aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia.*

Artículo 125. *El ejercicio descentralizado de competencias de control en materias de salud, no supone, en ningún caso, el ejercicio de competencia normativa, salvo estipulación en contrario de la propia ley. La delegación de competencias de control en materia de salud, no supone, en ningún caso, la delegación de facultades normativas.*

Artículo 126. *No se podrá dictar normas que reglamentan leyes o que tengan jerarquía equivalente, que incidan en materia de salud, sin el refrendo de la Autoridad de Salud de nivel nacional.*

Artículo 127. *Quedan sujetas a supervigilancia de la Autoridad de Salud de nivel nacional, las entidades públicas que por sus leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales están facultadas para controlar aspectos sanitarios y ambientales.*

Asimismo, quedan sujetos a supervigilancia de la Autoridad de Salud de nivel nacional los Colegios Profesionales de las ciencias de la salud, únicamente en lo que se refiera a la vigilancia que éstos realizan sobre las actividades que sus asociados efectúan en el ejercicio su profesión.

Artículo 128. *En el uso de las atribuciones que le confieren la presente ley, las leyes orgánicas, las leyes de organización y funciones, otras leyes especiales y sus reglamentos, la Autoridad de Salud está facultada a disponer acciones de orientación y educación, practicar inspecciones en cualquier bien mueble o inmueble, tomar muestras y proceder a las pruebas correspondientes, recabar información y realizar las demás acciones que considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones, así como, de ser el caso, aplicar medidas de seguridad y sanciones.*

Artículo 129. *La Autoridad de Salud podrá solicitar el auxilio de la fuerza pública para asegurar el cumplimiento de las disposiciones y medidas que adopte en resguardo de la salud.*

• **Ley No. 27.657 de 28 de enero de 2002, Ley del Ministerio de Salud.**

http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

Artículo 2. *De la naturaleza del Ministerio de Salud*

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

Artículo 3. *De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio*

Las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud, son las siguientes:

- a) *El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes.*
- b) *El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones.*
- c) *El análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud.*
- d) *La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud.*
- e) *La coordinación con organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación técnica y financiera, los que desarrollarán su labor teniendo en consideración la política sectorial.*
- f) *La inserción sectorial en las instituciones de coordinación sanitaria de ámbito regional y subregional.*
- g) *El desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, a través de la reglamentación de leyes y de la iniciativa legislativa.*
- h) *El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud.*
- i) *La evaluación de mecanismos nacionales de monitoreo y evaluación de procesos, productos e impacto de las intervenciones sectoriales.*
- j) *La evaluación y control de tecnologías sanitarias.*
- k) *La formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y disseminación de información científico-técnica.*
- l) *La definición de criterios de asignación de recursos que deben adjudicarse a organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud.*
- m) *La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados.*
- n) *La definición de contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado.*
- o) *La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud.*
- p) *La definición de mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión para compensar imperfecciones e inequidades generadas por procesos descentralizadores.*
- q) *El establecimiento de mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para asignar servicios y recursos.*
- r) *La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población.*
- s) *La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud.*
- t) *La definición de la política financiera de captación, administración y asignación de recursos para la salud, acorde con los objetivos, prioridades e intervenciones priorizadas.*
- u) *El aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva.*

- v) *La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos de salud.*

- **Decreto Supremo No. 013-2002-SA de 22 de noviembre de 2002. Reglamenta la Ley No. 27. 657 de 28 de enero de 2002, Ley del Ministerio de Salud.**

http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

Artículo 3. *Misión*

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde su concepción y respetando el curso de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

Artículo 4. *Objetivos estratégicos*

- Promoción de la salud y vigilancia de funciones esenciales de salud pública.*
- Prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas.*
- Educación para mejorar el acceso a alimentos de calidad.*
- Aseguramiento universal solidario de la población en salud a través del Seguro Social de Salud y del Seguro Integral de Salud.*
- Reducción de morbilidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.*
- Ampliación del acceso y uso racional de medicamentos.*
- Reestructuración integral y modernización de los Sistemas Administrativos y Operativos del Ministerio de Salud.*
- Integración y descentralización sectorial.*
- Implementación de políticas comunes en la región andina.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Ley No. 26.842 de 15 de julio de 1997. Ley General de Salud.**

<http://www.gerenciasalud.com/leygeneraldesaludperu.htm>

De los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo

Artículo 37. *Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.*

La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición.

Artículo 38. *Los establecimientos de salud y servicios a que se refiere el presente Capítulo, quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de nivel nacional.*

La Autoridad de Salud de nivel nacional dicta las normas de evaluación y control y de auditoría correspondientes.

...

Artículo 40. Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico.

Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley.

Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente.

Artículo 41. Todo establecimiento de salud deberá, al momento de la admisión, consignar por escrito la voluntad del paciente de donar, en caso de muerte, sus órganos y tejidos para fines de trasplante, injerto, docencia o investigación, o, en su caso, la negativa de hacerlo. Se exceptúa de lo dispuesto en la presente disposición la admisión de emergencia.

Artículo 42. Todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean estos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación.

Artículo 43. Son de aplicación a los establecimientos de salud, el Artículo 25o y el primer y segundo párrafo del Artículo 29o de la presente ley.

En los casos previstos en el Artículo 30o de esta ley, el médico tratante informará al Director del establecimiento, quien deberá poner en conocimiento de la autoridad competente el hecho correspondiente.

Artículo 44. Al egreso del paciente, el responsable del establecimiento de salud está obligado a entregar al paciente o a su representante el informe de alta que contiene el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones del padecimiento que ameritó el internamiento.

Así mismo, cuando el paciente o su representante lo solicite, debe proporcionarle copia de la epicrisis y de la historia clínica, en cuyo caso el costo será asumido por el interesado.

...

Artículo 48. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente, imprudente o impérito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia.

Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece.

- **Ley No. 27.604 de 30 de septiembre de 2009, modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<http://www.unife.edu.pe/der/ley.doc>

Artículo 1. Modificaciones a la Ley General de Salud

Modifícanse los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37° de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

“Artículo 15. Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

...

15.3. Atención y recuperación de la salud

- a) *A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.*
- b) *A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.*
- c) *A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.*
- d) *A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.*
- e) *A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.*
- f) *A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.*
- g) *A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de Salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.*
- h) *A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.*

Artículo 37.

(...)

Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos.”

Artículo 2. *Derechos contenidos en la presente Ley*

La enumeración de los derechos contenidos en el artículo 15° de la Ley General de Salud no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza.

Artículo 3. *Sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios en los servicios de salud* Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

- **Decreto Supremo No. 016-2002-SA Salud de diciembre 19 de 2002. Aprueba el Reglamento de Ley No. 27.604 que modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2002/DS016-2002.pdf>

...

Artículo 6. *Todo el personal que brinda atención de emergencia en un establecimiento de salud, debe tener capacitación suficiente para el manejo de los pacientes que requieran este tipo de atención.*

Artículo 7. *El responsable de la atención de emergencia, debe tomar las medidas necesarias para asegurar la adecuada valoración médica de los pacientes, su tratamiento, o la estabilización de sus condiciones generales en caso necesiten ser transferidos a otros establecimientos.*

Artículo 8. *Cuando los recursos del establecimiento no permitan brindar la atención especializada que el paciente requiera, se procederá a convocar al profesional especialista necesario o a transferir al paciente a otro establecimiento que esté en posibilidad de brindar la atención requerida de acuerdo a las normas de referencia y contrarreferencia, aprobados por el Ministerio de Salud.*

...

Artículo 15. *La evaluación del paciente por parte del servicio social respectivo, a que se refiere el artículo 1 de la Ley, deberá efectuarse luego de atendida la emergencia y teniendo en cuenta los siguientes criterios:*

- a. *Edad y sexo.*
- b. *Grado de instrucción.*
- c. *Ocupación o profesión.*
- d. *Trabajo en el que se desempeña.*
- e. *Condición laboral: estable, contratado, independiente, eventual o desocupado.*
- f. *Ingresos económicos mensuales.*
- g. *Ingreso mensual familiar: condición de ingreso, fijo o familiar.*
- h. *Composición familiar: número de personas.*
- i. *Disposición de algún tipo de seguro para atención de salud.*
- j. *Lugar donde vive: vivienda propia, alquilada, otros.*
- k. *Problemas sociales: abandono familiar, violencia familiar, discapacidad, privación de libertad, otros.*
- l. *Enfermedades que generen incapacidad temporal o definitiva.*

Artículo 16. *Para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente reglamento y a fin de determinar la aplicación de las sanciones administrativas a que se refieren los artículos 134 a 137 de la Ley N° 26.842, Ley General de Salud, se deberán tener en cuenta los siguientes criterios:*

- a. *Constatación de la solicitud de atención al paciente que se encuentra comprendido bajo los alcances de la Ley y del presente reglamento, formulada por el mismo, sus familiares o por un tercero.*
- b. *Inmediatez y oportunidad en la evaluación del paciente que ingresa a una atención de emergencia o parto.*
- c. *Razonabilidad y proporcionalidad en la atención del paciente en función a la gravedad de su situación de salud y a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.*
- d. *Razonabilidad y proporcionalidad al efectuar la derivación del paciente a otro establecimiento de salud por considerar que no se encuentra dentro de los supuestos establecidos en la Ley o el presente reglamento.*
- e. *Constatación de que el procedimiento aplicado se encuentra dentro de los parámetros establecidos en las guías clínicas o protocolos de atención señalados para dichos procedimientos.*

Los criterios establecidos anteriormente deben entenderse como parámetros mínimos a seguir, sin perjuicio de poder establecerse procedimientos adicionales que procuren una eficaz y rápida atención de los pacientes beneficiarios de la Ley.

- **Resolución Ministerial No. 519-2006/MINSA, de 30 de mayo de 2006. Aprueba el Sistema de Gestión de Calidad en Salud.**

http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

El presente documento técnico se aplica en ámbito nacional a las entidades públicas y privadas del sector salud.

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

- **Resolución Ministerial No. 866- 2007/MINSA, de 18 de octubre de 2007. Conformar la Unidad Funcional Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencias - CENAREM en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas.**

http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

Se resuelve:

Artículo 1. *Conforma con carácter temporal la Unidad Funcional Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencias – CENAREM en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas encargada de diseñar, regular, organizar e implementar el proyecto piloto de las Referencias de Emergencias a nivel nacional, que oriente y facilite la atención de los casos de emergencias y brinde el soporte al Sistema de Referencia y Contrarreferencia.*

- **RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 266-2009/MINSA - Modifican denominación de ‘Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencias - CENAREM’ por ‘Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias - CENARUE’**

http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm

Artículo 1. *Modificar la denominación de “Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencias - CENAREM”, por “Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias - CENARUE”, constituida como Unidad Funcional de la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas.*

Artículo 2. *Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas la formulación de la Directiva Administrativa de la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias - CENARUE, en un plazo no mayor a tres meses, la cual regulará el funcionamiento de dicha Unidad Funcional.*

- **Resolución Ministerial No. 751-2004/MINSA, aprueba la Norma Técnica No. 018-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.**

<http://www.larcoherrera.gob.pe/departamentos/doc/referencia/RESOLUCION.pdf>

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

Perú cuenta con una serie de normas técnicas aplicables al tema. No se tuvo acceso a los anexos de las normas mencionadas a continuación que contienen los reglamentos o normas técnicas.

- **NTC-DSA-001-2004, Norma Técnica Complementaria de Transporte de Pacientes en Aeronaves que no son Ambulancia Aérea de 29 de marzo de 2004.**
- **Resolución Ministerial No. 343-2005/MINSA, Aprueba el Reglamento de Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre.**
http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm
- **Resolución Ministerial No. 336-2008/MINSA de 20 de mayo de 2008. Aprueban Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de pacientes por vía aérea Ambulancias Aéreas.**
- **Resolución Ministerial No. 336-2008/MINSA del 23 de Mayo de 2008. Aprueban Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de pacientes por vía aérea Ambulancias Aéreas.**
http://www.minsa.gob.pe/portada/Buscar_Normas.htm
- **Resolución Ministerial No. 337-2008/MINSA de 23 de Mayo de 2008. Aprueba la Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de pacientes por vía acuática.**

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Ley No. 26.842 de 15 de julio de 1997. Ley General de Salud.**
<http://www.gerenciasalud.com/leygeneraldesaludperu.htm>

***Artículo 3.** Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. El reglamento establece los criterios para la calificación de la situación de emergencia, las condiciones de reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos.*

...

***Artículo 40.** Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico.*

- **Decreto Supremo No. 016-2002-SA Salud de diciembre 19 de 2002. Aprueba el Reglamento de Ley No. 27.604 que modifica la Ley General de Salud No. 26.842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.**
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2002/DS016-2002.pdf>

...

***Artículo 11.** El reembolso por concepto de atención de la emergencia, se realizará en forma posterior a la atención y en la siguiente forma:*

- a) *En caso que la persona atendida esté cubierta por una entidad aseguradora o administradora de financiamiento o por persona natural o jurídica obligada a cubrir la atención de emergencias, el reembolso se solicitará a dichas entidades o personas.*
- b) *En caso contrario, el reembolso deberá ser efectuado por la persona atendida o sus obligados legales, siempre y cuando no sea calificada en situación de indigencia.*

Artículo 12. *Luego que la persona atendida en un establecimiento de salud no presente ningún riesgo para su vida o su salud, reembolsará los gastos ocasionados por su atención, siendo de su responsabilidad, de sus familiares o de sus representantes legales, decidir en qué establecimiento de salud continuará su tratamiento.*

Artículo 13. *La evaluación de la situación socioeconómica de los pacientes que requieran exoneración de pago por atención en casos de emergencia o partos, será efectuado por el servicio social respectivo, o quien haga sus veces. Es responsabilidad del establecimiento efectuar y acreditar la mencionada evaluación para efectos de sustentar el reembolso.*

Artículo 14. *La persona atendida en situación de emergencia y calificada en situación de indigencia en un establecimiento de salud público, no público o privado, será exonerada de todo pago.*

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República Dominicana.**

<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/DomRep/domrep02.html>

Artículo 8. *Se reconoce como finalidad principal del Estado la protección efectiva de los derechos de la persona humana y el mantenimiento de los medios que le permitan perfeccionarse progresivamente dentro de un orden de libertad individual y de justicia social, compatible con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos. Para garantizar la realización de esos fines se fijan las siguientes normas:*

1. *La inviolabilidad de la vida. En consecuencia no podrá establecerse, pronunciarse ni aplicarse en ningún caso la pena de muerte, ni las torturas, ni ninguna otra pena o procedimiento vejatorio o que implique la pérdida o la disminución de la integridad física o de la salud del individuo.*

...

2. *El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez. El Estado prestará su protección y asistencia a los ancianos en la forma que determine la ley, de manera que se preserve su salud y se asegure su bienestar. El Estado prestará, asimismo, asistencia social a los pobres. Dicha asistencia consistirá en alimentos, vestimenta y hasta donde sea posible, alojamiento adecuado. El Estado velará por el mejoramiento de la alimentación, los servicios sanitarios y las condiciones higiénicas, procurará los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y endémicas y de toda otra índole, así como también dará asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes por sus escasos recursos económicos, así lo requieran. El Estado combatirá los vicios sociales con medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y organizaciones internacionales. Para la corrección y erradicación de tales vicios, se crearán centros y organismos especializados.*

...

- **Ley No. 42 de 2001. Ley General de Salud.**

<http://www.centrojuanmontalvo.org.do/documentos/LeySalud.pdf>

Artículo 3. *Todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley No. 42 de 2001. Ley General de Salud.**

<http://www.centrojuanmontalvo.org.do/documentos/LeySalud.pdf>

Artículo 28. *Todas las personas tienen los siguientes derechos en relación a la salud:*

...

b) *A la atención de emergencia*

- **Decreto No. 351-99 de 12 de agosto de 1999. Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Reglamentos/ReglaHospitalesRD.pdf>

Artículo 30. *De la atención de urgencia y continuada.*

Con el propósito de cumplir la responsabilidad de brindar una atención urgente y continua durante las 24 horas del día a la población y pacientes egresados, todos los trabajadores del hospital (profesionales, técnicos, auxiliares y demás trabajadores) están en la obligación de garantizar el servicio de guardia.

Párrafo I: La consulta externa funcionará de acuerdo a las capacidades y definiciones del Consejo Administrativo Hospitalario (CAH) y de la Dirección General, y con el perfil y volumen de la demanda poblacional. El horario de los demás servicios dependerá de la complejidad del hospital, los recursos existentes y el patrón de demandas de la comunidad y del sistema de referencia.

En caso de urgencia, por razón de accidentes de tránsito o por cualquier otra causa, todo hospital, independientemente de su complejidad, de ser público o privado, de la capacidad de pago del paciente, de la nacionalidad o grupo étnico, de su origen o procedencia, tiene la responsabilidad legal, humana y ética de brindarle las primeras atenciones, hasta la estabilización de sus funciones vitales (canalizar venas y suministro de líquidos, asegurar la ventilación y permeabilidad de las vías aéreas, controlar el sangrado y estabilización de fracturas), hasta donde su capacidad de resolución lo permita, antes de referirlo.

El hospital, la DPS, la DMS y la DGH crearán los mecanismos administrativos y legales para recuperar los gastos incurridos en este tipo de situaciones, asegurándose que no sean mecanismos que se constituyan en un impedimento para la oportunidad de la atención, ni que estimulen el rechazo a los pacientes en urgencia.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron normas.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley No. 42 de 2001. Ley General de Salud.**

<http://www.centrojuanmontalvo.org.do/documentos/LeySalud.pdf>

Artículo 28. *Todas las personas tienen los siguientes derechos en relación a la salud:*

- a) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, y a no ser discriminada por razones de etnia, edad, religión, condición social, política, sexo, estado legal, situación económica, limitaciones físicas, intelectuales, sensoriales o cualquier otra;*
- b) A la atención de emergencia en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;*
- c) A la educación en salud, prevención de las enfermedades y a la protección, conservación y recuperación de su salud, en concordancia con lo contemplado en la Constitución y demás leyes vigentes en la República Dominicana;*
- d) A la información sobre los bienes y servicios que promuevan y protejan la salud y prevengan la enfermedad; al acceso a los mismos y a una adecuada y oportuna atención médica;*

- e) *A la confidencialidad de toda la información relacionada con su expediente y con su estancia en instituciones prestadoras de servicios de salud pública o privada. Esta confidencialidad podrá ser obviada en los casos siguientes: cuando sea autorizado por el paciente; en los casos en que el interés colectivo así lo reclame y de forma tal que se garantice la dignidad y demás derechos del paciente; por orden judicial y por disposición de una ley especial;*
- f) *la información adecuada y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; y a recibir consejos por personal capacitado, antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos;*
- g) *A la participación en las actividades de salud, en los términos logísticos, políticos y otros señalados por esta ley, reglamentaciones y demás disposiciones legales;*
- h) *Al derecho a decidir, previa información y comprensión, sobre su aceptación o rechazo de asumir el tratamiento. Se exceptúan de esta disposición los casos que representen riesgos para la salud pública. En el caso de menores, discapacitados mentales y pacientes en estado crítico sin conciencia para decidir, la decisión recaerá sobre sus familiares directos, tutores o, en su ausencia, sobre el médico principal responsable de su atención;*
- i) *Al registro o constancia escrita de todo su proceso de salud-enfermedad;*
- j) *Al derecho a no ser sometido/a a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento escrito o el de la persona responsable, esto último sólo en el caso de que el paciente no esté en capacidad para darlo y siempre que sea en su beneficio.
Cuando el paciente sea incapaz o esté inconsciente, y no exista persona responsable, el médico responsable y, en su ausencia, el equipo de salud, asumirá la responsabilidad del paciente.*

• **Decreto No. 351-99 de 12 de agosto de 1999. Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Reglamentos/ReglaHospitalesRD.pdf>

Artículo 35. Indicadores obligatorios

Son indicadores obligatorios para la gestión hospitalaria los siguientes:

- *La Dirección General de Hospitales (DGH), o su equivalente, establecerá las normas nacionales y formatos de historias clínicas, archivos y registros médicos, tanto para el sector público como privado; supervisará la aplicación de las normas nacionales de los registros y archivos clínicos, así como las relativas a las historias clínicas.*
- *El expediente clínico está constituido por los documentos que recogen toda la información del paciente.*
- *El contenido y ordenamiento de la historia clínica estará regulado y escrito con letra clara y legible.*
- *Se mantendrá un expediente clínico por cada paciente, independientemente del número de ingresos.*
- *Se prohíbe terminantemente extraer los expedientes clínicos y las historias clínicas del hospital, a excepción de aquellos casos con previa autorización expresa del Director General. Sólo en caso de requerimiento legal por una autoridad competente, podrán emitirse fotocopias, autenticadas por el jefe de registro y por el Subdirector Médico. El departamento de registros médicos deberá tener un reglamento que describa las normas nacionales al respecto y describa los procedimientos locales para el manejo de las historias clínicas.*
- *Los datos obtenidos en el expediente clínico o la historia clínica son para uso médico científico docente y legal, y todo el personal del hospital está obligado a mantener reserva sobre el contenido del mismo, siendo sancionable la falta de discreción sobre estos aspectos.*
- *La historia es el documento con el que se inicia y donde se registra la atención de un paciente en la consulta externa o su hospitalización (en un ingreso).*
- *Las historias clínicas a los ingresados por urgencia se confeccionarán de inmediato, tan completa como la patología de urgencia lo requiera.*
- *En los ingresados no urgentes se completa en un término no mayor de 48 horas después de su hospitalización; en ningún caso podrá darse el egreso a un paciente, si antes no se realiza la historia clínica completa.*

- El cierre de la historia clínica lo hará el médico de asistencia, coincidente con el alta clínica. En caso de fallecimiento se hará un “cierre provisional” sobre la base de los datos clínicos y el cierre definitivo se hará con los resultados de la necropsia, en los casos en que por razones legales o de otra índole así se requiera.
- En el caso de mortalidad materna o infantil se procederá conforme a las Normas Nacionales de Vigilancia y Atención establecidas.
- En los casos de alta a petición el cierre de la historia clínica lo hará el médico de asistencia o de guardia con los elementos disponibles.
- El certificado de defunción deberá ser llenado solamente por el personal médico.
- Es responsabilidad de cada servicio la confección de resúmenes de historias clínicas para su remisión a otras instituciones hospitalarias, cuando sea necesario.
- Todos los hospitales del sistema nacional público de salud aplicarán el formato y estructura de historias clínicas normadas y establecidas por la SESPAS. Los hospitales podrán agregar variables o anexos por razones de investigación, epidemiológicas o de especificidad de la atención, sin menoscabo de la norma nacional.
- Las historias clínicas serán conservadas en el archivo clínico del hospital, archivadas según el sistema dígito terminal; los diagnósticos de salida serán en base a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley No. 42 de 2001. Ley General de Salud.**

<http://www.centrojuanmontalvo.org.do/documentos/LeySalud.pdf>

Artículo 6. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población.

Artículo 7. El Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana tiene por objeto promover, proteger, mejorar y restaurar la salud de las personas y comunidades; prevenir las enfermedades y eliminar inequidades en la situación de salud y accesibilidad de los servicios, garantizando los principios fundamentales consagrados en esta ley.

Artículo 8. La rectoría del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la SESPAS y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud, y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

Párrafo I. La regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas y de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como del desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Párrafo II. La SESPAS, en su calidad de institución rectora del Sistema Nacional de Salud, formulará cada diez años una política y un Plan Nacional de Salud, constituyendo éstos los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud.

Párrafo III. Como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, la SESPAS garantizará permanentemente el diseño, implementación y evaluación de los cambios y transformaciones que requiera el sistema para su continua adecuación a las situaciones y procesos que se desarrollen en el interior y en el exterior del sector salud, los cuales deberán dirigirse siempre a las necesidades de los ciudadanos, teniendo en cuenta, a través de procedimientos participativos democráticos, sus expectativas sobre la salud y los servicios sanitarios.

Párrafo IV. El funcionamiento del sector como un Sistema Nacional de Salud será la principal función rectora de regulación de la SESPAS, al normar, controlar y evaluar el desarrollo de los subsistemas de financiamiento, aseguramiento y provisión que lo conforman.

Párrafo V. La SESPAS ejercerá su función de rectoría en el Sistema Nacional de Salud por medio de una gestión compartida con los espacios de concertación y participación social de las expresiones descentralizadas de la administración del Estado, así como con las organizaciones nacionales y locales de la sociedad civil con misiones en el área de la salud, en el caso de los planes, programas y acciones de salud pública.

Artículo 9. *En adición a la SESPAS, se consideran como instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) o la entidad encargada de la Seguridad Social; los institutos nacionales de agua potable, alcantarillado y de recursos hidráulicos; los centros de enseñanza superior que forman recursos humanos para la salud; los servicios médicos castrenses y policiales; los municipios, grupos profesionales y trabajadores de la salud organizados; las empresas y servicios médicos prepagados y las organizaciones no gubernamentales de diferentes denominaciones y especialidades.*

Párrafo. Se consideran como entidades de asistencia técnica y económica, no deliberantes, sino participativas en el proceso de desarrollo del sector, los organismos internacionales con representación legal en República Dominicana y relacionados con el Sistema Nacional de Salud.

...

Artículo 13. *La SESPAS estará organizada conforme a lo establecido por la Constitución de la República, la presente ley y demás leyes y disposiciones legales.*

Párrafo I. La SESPAS creará y desarrollará expresiones territoriales de su gestión de rectoría, en función de la normativa vigente, a las que delegará sus competencias gerenciales y administrativas, y participará y fortalecerá todas aquellas formas de gestión local con legitimidad primaria y/o bases políticas y económicas propias, para la consecución de los objetivos planteados en la presente ley.

Párrafo II. Las expresiones territoriales de la rectoría del Sistema Nacional de Salud serán puntos focales del Estado, a nivel regional, provincial, municipal y local, para su articulación con la sociedad civil. Son espacios en la administración del Estado, de concertación y participación social para planificar, programar, ejecutar y evaluar las acciones sanitarias.

Párrafo III. Las funciones específicas de cada una de las expresiones territoriales de la SESPAS y de las estructuras organizativas correspondientes, serán definidas mediante reglamentos.

Artículo 14. *Además de las funciones que le atribuya el Poder Ejecutivo y de las consagradas en otras disposiciones de la presente ley, son funciones de la SESPAS, mediante una definición general de políticas, como ente rector del sector salud y para la consecución de los objetivos planteados:*

- a) El diseño y ejecución de las políticas del sector salud;*
- b) Propender por la realización de los principios consagrados en la presente ley al interior del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y de éste frente a los demás sectores públicos y privados, cuya actividad esté relacionada con la administración de recursos o prestación de servicios de salud;*
- c) Garantizar los derechos de los pacientes a la información comprensible y veraz sobre sus casos y su condición de salud, así como sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios e informar a los usuarios de los servicios del sector salud o vinculados a él, de sus derechos y deberes a través de las instituciones competentes del Sistema Nacional de Salud;*

- d) *Garantizar a los pacientes una atención oportuna, de calidad y prestada con calidez, respetuosa de su ambiente cultural y de sus derechos humanos y de ciudadanía consagrados en la normativa constitucional;*
- e) *Garantizar que toda persona física o moral o institución que pertenezca o se relacione con el Sistema Nacional de Salud y sus áreas afines, cumpla con los criterios de la bioética, y que respete siempre la condición y dignidad de la persona humana, acorde a los convenios internacionales ratificados y las normas jurídicas dominicanas vigentes;*
- f) *Coordinar la adecuada aplicación y desarrollo de los recursos disponibles, cuya administración compete a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS);*
- g) *Formular todas las medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes;*
- h) *Promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la educación adecuada de la misma, asumiendo esta educación en sentido integral como base de las políticas sanitarias del país;*
- i) *Garantizar que las instituciones del sistema desarrollen acciones de promoción de la salud, prevención de las diferentes enfermedades y de protección, recuperación y rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes, a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud;*
- j) *Garantizar la creación de condiciones necesarias para asegurar un adecuado acceso de la población a los servicios de salud;*
- k) *Coordinar el funcionamiento integrado de las entidades que se encuentren vinculadas al Sistema Nacional de Salud;*
- l) *Coordinar con las instituciones educativas en los niveles superiores y técnicos y con las demás instituciones del Estado competentes, la formulación y ejecución de los planes y programas de desarrollo del recurso humano para el área de salud, de acuerdo a las necesidades del sistema;*
- m) *Promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente;*
- n) *Coordinar y promover la participación sectorial y extrasectorial del sector privado y los subsectores públicos, nacionales e internacionales, en el desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud;*
- ñ) *Nombrar, supervisar y evaluar los programas y servicios que desarrollen sus expresiones descentralizadas y estructuras organizativas correspondientes;*
- o) *Propender por la descentralización y desconcentración del sistema y sus expresiones territoriales, mediante el fortalecimiento y desarrollo institucional y sus estructuras organizativas correspondientes;*
- p) *Colaborar con la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales por la preservación y el mejoramiento del medio ambiente;*
- q) *Establecer y coordinar las políticas de supervisión que demande el sistema, con el fin de garantizar una eficaz y eficiente aplicación de las normas científicas, técnicas y administrativas que fueren expedidas;*
- r) *Disponer las acciones disciplinarias o administrativas previstas por la presente ley o cualquier otra disposición legal;*
- s) *Definir los grupos prioritarios de la población, y los problemas sobre los que el Estado debe hacer una mayor inversión en la política nacional de salud;*
- t) *Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud.*

• **Disposición Administrativa No. 10 sobre Organización de la SESPAS de 4 de agosto de 2008.**

<http://sespas.gov.do/download/docs/FuncionSESPAS.pdf>

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

• **Ley No. 42 de 2001. Ley General de Salud.**

<http://www.centrojuanmontalvo.org.do/documentos/LeySalud.pdf>

Artículo 98. *Toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos y bajo supervisión periódica. La garantía de calidad de los servicios deberá fundamentarse en la permanente cualificación, en la retribución adecuada, el estímulo y la protección a los trabajadores del área de salud. También se fundamentará en la disposición de los recursos humanos, técnicos, políticos y financieros adecuados y necesarios para ofrecer y mantener dichos estándares.*

Artículo 99. *La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, en función de la reglamentación que elabore en coordinación con las instituciones correspondientes del Sistema Nacional de Salud, autorizará o rechazará la instalación de establecimientos públicos y privados de asistencia en salud del país, y regulará y supervisará periódicamente el funcionamiento de los mismos.*

Párrafo. Quedan regidas bajo los efectos de este artículo, la instalación, regulación y funcionamiento de las instituciones internacionales de salud que operen en el territorio nacional, en cumplimiento de convenios o programas de asistencia.

Artículo 100. *Corresponde a la SESPAS la habilitación de las instituciones o establecimientos de salud y, conjuntamente con la asesoría de la Comisión Nacional de Acreditación de Clínicas y Hospitales Privados, la acreditación de estas instituciones, garantizando que se aplique lo relacionado con los requisitos mínimos que, según su clasificación, deben llenar las mismas, en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, organización y funcionamiento, de tal manera que garanticen al usuario un nivel de atención adecuado, incluso en caso de desastres.*

Párrafo I. En coordinación con las instituciones correspondientes del sistema nacional de salud, la SESPAS reglamentará por resolución la habilitación, funcionamiento y acreditación de los establecimientos de salud y promoverá la garantía de calidad, la cual se llevará a cabo a través de la evaluación de los establecimientos públicos y privados, por normas y criterios mínimos obligatorios y de su personal.

Párrafo II. La SESPAS establecerá los lineamientos normativos generales sobre la base de los cuales se dará cumplimiento a las funciones atribuidas en este artículo.

Artículo 101. *Los profesionales o los directores técnicos de establecimientos de salud en los que se utilice material radioactivo natural o artificial, o aparatos diseñados para la emisión de radiaciones ionizantes con fines de diagnóstico, de terapia médica y odontológica o de investigación científica, deberán solicitar a la SESPAS permiso que avale sus actividades, sin desmedro de las atribuciones que en esta materia le competen a la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales.*

Artículo 102. *La dirección y administración de los establecimientos de salud serán responsables de que el personal bajo su dependencia cumpla correcta y adecuadamente sus funciones, a fin de no exponer la salud o la vida de los pacientes a riesgos innecesarios por falta de elementos técnicos o terapéuticos, o por razones de insalubridad ambiental.*

El Decreto No. 1137-03, que define el Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud, en fecha 23 de diciembre del año 2003.

Visto: El Decreto No. 1522-04 para la creación y desarrollo de las Redes Públicas de Servicios de Salud de fecha 30 de noviembre de 2004.

Visto: el Decreto de Reglamento General de Habilitación No. 1138-03 de fecha 23 de diciembre del 2003.

• **Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud No. 1138-03, 23 Diciembre 2003.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Reglamentos/ReglaGenHabyAcred.pdf>

Artículo 5. *Concepto. La Habilitación es un procedimiento que desarrolla la SESPAS, a través de las autoridades definidas en el presente reglamento, que asegura que los establecimientos y servicios de salud cumplan con condiciones mínimas y particulares en cuanto a sus recursos físicos, humanos, estructurales y de funcionamiento para asegurar que la población reciba servicios de salud de calidad de modo tal que permitan proteger la salud y seguridad pública de la población.*

...

Artículo 7. *Entidades Habilitadas. Quedan incluidos dentro del ámbito de este reglamento general los siguientes establecimientos y servicios de salud.*

- a) Centros con internamiento, como son las clínicas y hospitales, tanto generales como especializados, así como las unidades que los componen, independientemente de su denominación;
- b) Centros sin internamiento que complementan o dan apoyo a la actividad hospitalaria, como son las unidades de hospitalización de día, unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria,
- c) Laboratorios y servicios de análisis clínicos;
- d) Bancos de Sangre y servicios de transfusión sanguínea
- e) De Hemodiálisis;
- f) De Radiología y/o imagenología.
- g) Del primer nivel de atención, tales como: Consultorios periféricos, Centros de Medicina General y de Especialidades, de Planificación Familiar, De reproducción asistida humana, y Bancos de semen y ovocitos;
- h) De Psicología Clínica y Psicoterapia;
- i) De tratamiento desintoxicación y rehabilitación del alcoholismo y otras toxicomanías.
- j) De Medicina Alternativa;
- k) De reconocimiento médico para la obtención de permiso de conducir y obtener la licencia o permiso para armas;
- l) De donación y trasplante de órganos;
- m) De SPA y centros de cosmeatría;
- n) De Podología;
- o) De Fisioterapia/ Fisiatría, y Rehabilitación;
- p) Farmacias, Boticas, depósitos y almacenes de distribución de medicamentos de uso humano;
- q) Odontología en cualquier tipo de unidad;
- r) De ambulancia;
- s) De Optometría y afines;
- t) Establecimientos de dispensación de productos sanitarios tales como:
 - Servicios de audiometría.
 - Elementos de ortopedia; y otros
- u) Cualquier servicio o establecimiento que se relacione con la salud humana incluido o no en el presente listado, que por su finalidad en razón de las técnicas o medios que utilizan tengan carácter de servicio de salud, o tengan la obligación de tener un profesional de la salud a su cargo.

• **Disposición sobre Habilitación y Acreditación para los Establecimientos de Salud de 23 de octubre de 2001. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Santo Domingo, República Dominicana.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Disposiciones/DispHabAcred.pdf>

...

Se crea la Unidad de Habilitación y Acreditación para los Establecimientos de Salud, dependientes de la Subsecretaría Técnica de la SESPAS.

Segundo: La Unidad de Habilitación y Acreditación para los Establecimientos de Salud, desarrollarán las siguientes funciones:

- *Trazar los estudios para la elaboración de normas de habilitación, acreditación y registro de instituciones y establecimientos de salud.*
- *Tramitar, coordinar y realizar el seguimiento de los expedientes relativos a la habilitación y acreditación de las instituciones de salud.*
- *Mantener y actualizar un Registro Nacional de Instituciones de Salud y expedir las certificaciones correspondientes.*
- *Realizar propuestas de regulación de condiciones y requisitos que deben cumplir las instituciones de salud.*
- *Realizar y/o supervisar las inspecciones a las instituciones y establecimientos de salud.*
- *Estudiar y valorar los informes de inspección a las instituciones y establecimientos de salud, realizar las propuestas de actuación referentes a los mismos e instruir, cuando corresponda los expedientes sancionadores derivados de las inspecciones.*

• **Requisitos de Habilitación para Establecimientos y Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Subsecretaría de Garantía de la Calidad. Dirección General de Habilitación y Acreditación- DHGA.**

http://www.sespas.gov.do/download/docs/Requisitos/Requisitos_habilitacion_primer_nivel.pdf

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social—SESPAS tiene la responsabilidad de otorgar Licencia de Funcionamiento a todos los servicios de salud, siempre y cuando estos cumplan con los requisitos mínimos establecidos para garantizar calidad de la atención. Este procedimiento es obligatorio para todos los establecimientos de salud.

A continuación explicamos los pasos que debe dar para obtener su Habilitación. Esta información es sólo una orientación para que el prestador esté informado sobre el procedimiento

...

• **Normas de Habilitación Centros de Primer Nivel Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, República Dominicana. Abril 10, 2007.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Normas/HabCentrosPrimerNivel.pdf>

Artículo 1. *Objetivo y Ámbito de Aplicación. Estas Normas tienen como objetivo establecer los requisitos y condiciones mínimas obligatorias que deben cumplir los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención, públicos, privados y mixtos, para las prestaciones del primer nivel de atención que incluye las correspondientes del Plan Básico de Salud. Su ámbito de aplicación es para todo el territorio nacional.*

Artículo 2. *Definición. Para los fines de las presentes normas se consideran como Centros de Salud del Primer Nivel de Atención aquellos que tienen la capacidad resolutive para ofertar todas o parte las prestaciones contempladas para el primer nivel de atención.*

Artículo 3. *Los servicios que se prestarán en los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención son los que han sido definidas por las autoridades competentes del Sistema Nacional de Salud correspondientes y que incluyen como mínimo las contemplados en el Plan Básico de Salud para este nivel, a saber:*

- Programas preventivos y promocionales de carácter general.-
- Consulta médica general en consultorios o domicilios
- Atención de emergencias.
- Procedimientos acordes con el tipo de servicio a prestar.

Artículo 4. *Categorías. Se consideran Centros de Primer Nivel de Atención:*

- Consultorios dedicados exclusivamente a Atenciones de Consultas Ambulatorias.
- Centros de Salud que ofrecen Atención Ambulatorias de Consultas y Emergencias.

Requisitos mínimos para la habilitación de un centro de salud del primer nivel de atención

Artículo 5. *De los Consultorios. Los consultorios que brinden servicios solo de consultas y procedimientos del primer nivel de atención, serán habilitados conforme a lo establecido en la Norma Particular para la Instalación y Funcionamiento de Consultorios dictada por SESPAS.*

Artículo 6. *De los Centros de salud de Primer Nivel que ofrecen Atención Ambulatorias de Consultas y Emergencias. Estos centros se habilitarán de acuerdo a las presentes normas de habilitación.*

Artículo 7. *Sin afectar lo indicado en el citado Reglamento, todos los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención para obtener su habilitación, en materia de recursos humanos deberán contar, con médicos con exequátur; enfermeras con titulación reconocida por SESPAS o auxiliares de enfermería diplomadas por instituciones reconocidas por la SESPAS.*

Artículo 8. *Para fines de habilitación de un Centro de Salud del Primer Nivel de Atención que presta Atención de Consulta y Emergencias, deberá reunir las siguientes condiciones mínimas de infraestructuras físicas, higiene y seguridad:*

Infraestructura física y condiciones generales:

- Un consultorio para cada médico, que brinde servicio.
- Un área de Emergencias.
- Un área de espera, con espacios que el espacio de 1,5 m² por persona, con buena ventilación, iluminación y facilidades de acceso.
- Baños separados para mujeres y hombres usuarios y usuarias de los servicios. Estos baños estarán iluminados, sistema de descarga permanente, limpios y con ventilación.
- Una espacio para estacionamientos de vehículo de acceso al área de emergencia.
- Un área de preparación de materiales y esterilización de equipos e insumos.
- El establecimiento debe estar alejado por lo menos a una distancia de 100 metros de los focos de contaminación o áreas de riesgos (incluyendo cañadas). Deberán contar con los requerimientos establecidos por la Dirección de Salud Ambiental de la SESPAS, en lo referente a manejo de desechos, roedores, control de plagas, entre otros, que afecten directamente a los/as usuarios/as y al personal del Centro.
- Los pasillos de los centros con capacidad para atender más de 30 usuarios deben tener un ancho de al menos 1.2 metros. La unidad de kilovatios debe corresponder con el número de kilómetros cuadrados.

Seguridad e Higiene:

- Una o dos salidas alternas con las siguientes características:
 - ancho mínimo de 1.20 metros
 - Apertura hacia las vías públicas o áreas externas
 - Libres de obstáculos
 - Señalizadas
 - Puertas pintadas de color diferente a las demás puertas del Centro.
- El edificio donde opere el centro debe tener ventilación natural, mecánica o climatizada.
- Señalización de todas las áreas de servicios de seguridad e higiene.

- Todos los espacios de la estructura física del establecimiento deberán contar con las facilidades de acceso para los discapacitados.
- Contar con suministro constante de agua potable.
- Sistema de eliminación de excretas y aguas servidas.

Artículo 9. Todos los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención, que prestan servicios de consulta y emergencia, para ser habilitados en materia de tecnología, equipos y mobiliarios, deberán reunir los siguientes requisitos mínimos:

Para las emergencias:

- Lavamanos
- Una camilla para examen de emergencia.
- Una camilla de curaciones e inyectables.
- Una lámpara cuello de ganso
- Banco de posición ajustable
- Un banco-escalera para pacientes
- Un nebulizador
- Un tanque de oxígeno y manómetro.
- Esfigmomanómetros con brazaletes para adultos y niños
- Un equipo diagnóstico (otorrino-ofthalmoscopio).
- Un estetoscopio.
- Un fetoscopio
- Un glucómetro.
- Un martillo de percusión
- Pinzas de Foster (portagasas)
- Una balanza de adultos
- Una balanza de pediátrica
- Dos equipos de curaciones
- Equipo de cirugía menor o sutura. Como mínimo con los siguientes instrumentos:
- 1 Tijera de mayo recta 14cm
- 1 Tijera de retirar puntos
- 1 Sonda acanalada
- 1 Estilete
- 2 Pinzas de crile recta
- 1 Pinza de disección con dientes
- 1 pinza de disección quirúrgica
- 2 pinzas hemostática curvas tipo kelly
- 2 pinzas hemostática rectas tipo kelly
- 1 Pinza de disección sin dientes
- Un mango de bisturí N° 3 y hojas de bisturí
- Un porta agujas de mayo 14 cm
- Una caja de acero inoxidable fenestrada 23 x 13 x 7.5 cm aprox.
- Todos los instrumentos deben ser en acero inoxidable o material de superior calidad.
- Una vitrina para medicamentos de urgencia
- Un escritorio pequeño
- Un sillón para medico
- Dos sillas para pacientes
- Una mampara o cortina separación
- Una mesa porta instrumento de acero inoxidable
- Bomboneras de acero inoxidable o vidrio.

- *Balón de Ambú*
- *Esterilizador de equipos o materiales, tipo olla o autoclave.*
- *Cestos o recipientes con tapa y pedal, en cuyo interior se colocaran bolsas o fundas de color rojo, para depósitos de desechos contaminantes con tapa.*
- *Equipo para incineración o destrucción de agujas.*
- *Cestos o recipientes con tapa y pedal, donde se coloque una bolsa o funda plástica de color azul o blanco para depósitos de desechos no contaminantes*

Artículo 10. *Para un Centro de Salud del Primer Nivel de Atención ser habilitado deberá reunir los requisitos de gestión establecidos en el Reglamento de Habilitación (Decreto 1138-03, Artículo 6). Adicionalmente deberá los siguientes requisitos:*

- *Para la atención ambulatoria y las emergencias o urgencias médicas demandadas por los usuarios y usuarias en días feriados, fines de semana y fuera del horario regular, el Centro facilitará las informaciones que orienten a los usuarios de los lugares dónde podrán recibir dichos servicios.*
- *La cartera de servicios expuesta en un lugar visible para los usuarios y usuarias, que les permita conocer el horario de trabajo, los puntos de referencia para los servicios en horas laborales días de semana, no laborales y feriados, los profesionales del centro y los derechos y deberes de los usuarios.*
- *Manuales de procedimientos administrativos -Formulario de consentimiento informado.*
- *Registros establecidos para la atención (de consulta, urgencias/emergencias, vacunación, historia clínica, hoja de referencia, indicaciones de apoyo diagnóstico, entre otros),*
- *Registro o inventario de los equipos, instrumentos y materiales.*
- *Formulario de notificación obligatoria establecido por la SESPAS vigente*
- *Señalización de áreas peligrosas y de seguridad*
- *Extintores de incendio*
- *Sistema de alero de energía eléctrica, que garantice el funcionamiento de los equipos e Iluminación*

• **Decreto No. 351-99 de 12 de agosto de 1999. Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Reglamentos/ReglaHospitalesRD.pdf>

Artículo 1. *Este Reglamento tiene como objetivo establecer los principios, normas y políticas administrativas, de carácter general, por las cuales se regirá la organización y funcionamiento de los hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, con el fin de asegurar que éstos ofrezcan atenciones humanizadas con calidad, eficacia, seguridad, oportunidad, equidad y que apliquen las políticas públicas en salud en un contexto de Redes Integrales de Servicios, de gestión desconcentrada y descentralizada con participación ciudadana.*

Los hospitales y clínicas privadas deben ser debidamente habilitados, de conformidad con las normas que a tal efecto se establezcan. Todos los hospitales privados deben aplicar los artículos específicos del presente reglamento, relacionados con la seguridad de las atenciones del ambiente, de la vigilancia epidemiológica y otros artículos relacionados con el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

...

Artículo 3. *EL hospital, como infraestructura y organización, es parte integral de la red provincial y nacional de servicios de salud, la cual se organiza en escalones de complejidad, siendo el hospital uno de sus componentes. En este marco global, el hospital se define como todo establecimiento de salud que brinda atención médica ambulatoria, de internamiento y de urgencias las 24 horas del día y que cuenta con cuidados de enfermería y servicios de apoyo para el diagnóstico, tratamiento y estadía necesarios para dicha atención.*

...

Artículo 5. *El hospital tiene las funciones y atribuciones siguientes:*

- a) *Ofrecer atención de salud a la población, de acuerdo a su capacidad resolutive, realizando actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, mediante servicios asistenciales a través de los servicios externos, la hospitalización y los servicios de urgencia, y podrá remitir a otras unidades, de acuerdo con el sistema nacional de referencia y contrarreferencia, asegurándose que el paciente ha sido adecuadamente estabilizado.*

Artículo 30. *De la atención de urgencia y continuada*

Con el propósito de cumplir la responsabilidad de brindar una atención urgente y continua durante las 24 horas del día a la población y pacientes egresados, todos los trabajadores del hospital (profesionales, técnicos, auxiliares y demás trabajadores) están en la obligación de garantizar el servicio de guardia.

Párrafo I: La consulta externa funcionará de acuerdo a las capacidades y definiciones del Consejo Administrativo Hospitalario (CAH) y de la Dirección General, y con el perfil y volumen de la demanda poblacional. El horario de los demás servicios dependerá de la complejidad del hospital, los recursos existentes y e patrón de demandas de la comunidad y del sistema de referencia.

En caso de urgencia, por razón de accidentes de tránsito o por cualquier otra causa, todo hospital, independientemente de su complejidad, de ser público o privado, de la capacidad de pago del paciente, de la nacionalidad o grupo étnico, de su origen o procedencia, tiene la responsabilidad legal, humana y ética de brindarle las primeras atenciones, hasta la estabilización de sus funciones vitales (canalizar venas y suministro de líquidos, asegurar la ventilación y permeabilidad de las vías aéreas, controlar el sangrado y estabilización de fracturas), hasta donde su capacidad de resolución lo permita, antes de referirlo.

El hospital, la DPS, la DMS y la DGH crearán los mecanismos administrativos y legales para recuperar los gastos incurridos en este tipo de situaciones, asegurándose que no sean mecanismos que se constituyan en un impedimento para la oportunidad de la atención, ni que estimulen el rechazo a los pacientes en urgencia.

Artículo 31. *De la guardia*

La guardia se organizará de acuerdo con las necesidades de la comunidad y los recursos humanos de la unidad y teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- *La atención de los pacientes de urgencia podrá estar a cargo de un médico, aunque se pueda apoyar con un equipo de acuerdo con las características del hospital.*
- *Cuando exista un Equipo de Guardia se designará uno de sus componentes como jefe de la guardia.*
- *Durante la guardia, y en ausencia del Director General, el Subdirector Médico o jefe del servicio de urgencia, el médico jefe de la guardia asumirá las funciones y responsabilidades del director.*
- *El personal médico será responsable de la atención a los pacientes, accidentados y parturientas que lleguen al servicio de urgencia, de todo paciente que ingrese y de aquellos casos hospitalizados que requieren su atención en cualquier servicio en ausencia del personal médico del mismo.*
- *El personal médico será responsable de la atención de los pacientes en la sala de observación, debiendo dejar el ingreso o el alta de éstos al terminar su guardia.*
- *El jefe de la guardia organizará la misma de modo que se atiendan proporcionalmente los requerimientos de los ingresados y de los que asisten al cuerpo de guardia, distribución de las guardias presenciales de los especialistas en correspondencia de las particularidades de la red hospitalaria. Las mismas serán de cumplimiento obligatorio.*
- *La organización y funcionamiento del servicio de urgencia se regula en la reglamentación establecida.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe una Red Nacional de Respuestas a las Emergencias Médicas de la Secretaría de Salud y el número 911 para solicitar una ambulancia pública. No se localizaron las normas que regulan este sistema.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

No se localizaron normas.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

- **Decreto No. 351-99 de 12 de agosto de 1999. Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana.**

<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Reglamentos/ReglaHospitalesRD.pdf>

Artículo 30. De la atención de urgencia y continuada

...

En caso de urgencia, por razón de accidentes de tránsito o por cualquier otra causa, todo hospital, independientemente de su complejidad, de ser público o privado, de la capacidad de pago del paciente, de la nacionalidad o grupo étnico, de su origen o procedencia, tiene la responsabilidad legal, humana y ética de brindarle las primeras atenciones, hasta la estabilización de sus funciones vitales (canalizar venas y suministro de líquidos, asegurar la ventilación y permeabilidad de las vías aéreas, controlar el sangrado y estabilización de fracturas), hasta donde su capacidad de resolución lo permita, antes de referirlo.

El hospital, la DPS, la DMS y la DGH crearán los mecanismos administrativos y legales para recuperar los gastos incurridos en este tipo de situaciones, asegurándose que no sean mecanismos que se constituyan en un impedimento para la oportunidad de la atención, ni que estimulen el rechazo a los pacientes en urgencia.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución Política de la República Oriental del Uruguay.**

<http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>

Artículo 44. *El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.*

- **Decreto No. 455/001 de 22 de noviembre de 2001, aprueba el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.**

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0100455.html>

Artículo 3. *Protección de la vida. Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a leyes que se establecieren por razones de interés general.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Decreto No. 455/001 de 22 de noviembre de 2001, aprueba el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.**

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0100455.html>

Conducta médica y derechos del paciente.

Artículo 192. *Deber de pronta asistencia. El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas que sea posible.*

Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.

- **Ley No. 18.211 del 13 de diciembre de 2001, crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).**

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Artículo 46. *Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.*

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes. El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

- **Decreto No. 258/992 del Poder Ejecutivo del 9 de junio de 1992, Normas sobre conducta médica y derechos del paciente.**

***Artículo 7.** El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los mas adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones mas apropiadas que sea posible. Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- **Decreto No. 258/992 del Poder Ejecutivo del 9 de junio de 1992, Normas sobre conducta médica y derechos del paciente.**

***Artículo 7.** El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los mas adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones mas apropiadas que sea posible. Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.*

***Artículo 49.** Los jefes de las distintas Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud Pública tendrán la obligación de difundir las normas contenidas en el presente decreto entre el personal de su dependencia. Asimismo, deberán publicar en lugar visible de cada centro asistencial la “Carta de Derechos del Paciente” contenida en el Título II del presente decreto.*

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Decreto No. 258/992 del Poder Ejecutivo del 9 de junio de 1992, Normas sobre conducta médica y derechos del paciente.**

Capítulo I. Deberes

***Artículo 1.** El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo a los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra. Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio, poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada.*

Artículo 2. El médico debe defender los derechos humanos relacionados con el ejercicio profesional, y especialmente el derecho a la vida a partir del momento de la concepción (Artículos. 1.2 y 4.1 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos aprobada por la ley 15.737 de 8/3/985 y Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la ley 16.137 de 28/9/990). En salvaguarda de los derechos y dignidad de la persona humana (Artículos. 7 y 72 de la Constitución) debe negarse terminantemente a participar directa o indirectamente, a favorecer o siquiera admitir con su sola presencia toda violación de tales derechos, cualquiera fuera su modalidad o circunstancias.

Artículo 3. El médico debe mantener en el ejercicio de su profesión, una conducta pública y privada irreproachable, absteniéndose de toda actividad extramédica que signifique menoscabo para la profesión.

Artículo 4. El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente.

Artículo 5. El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto este le consulte, con veracidad y objetividad atendiendo a las circunstancias del caso. Al respecto, procurará obtener el “libre consentimiento informado” del enfermo o sus representantes legales antes de realizar las acciones médicas necesarias, teniendo en cuenta que no pueden emitir consentimiento válido los menores de 21 años de edad (Art. 280 del Código Civil) y demás incapaces, salvo las excepciones legalmente previstas.

Artículo 6. El médico debe conducirse ante el enfermo a su cargo en la mejor forma posible, haciéndolo con el máximo respeto, demostrándole especial consideración ante el relato de sus males, ofreciéndole sostén espiritual, proporcionándole la ayuda a su alcance para superar o atenuar prejuicios derivados de su dolencia, esforzándose para curarlo, mejorarlo o aliviarlo con su dedicación abnegada y aplicación cuidadosa de sus conocimientos científicos y experiencia clínica, dedicándole todo el tiempo necesario sin darle muestras de prisa

Artículo 7. El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas que sea posible. Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.

Artículo 8. El médico debe, en circunstancias no urgentes, asistir al enfermo a su cargo en toda situación durante el curso de la misma enfermedad y cuando encontrare obstáculo absoluto para ello, avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo. Asimismo, debe prestar asistencia a todo el que solicite sus servicios de ser único en una localidad

Artículo 9. El médico tratante debe aceptar siempre una consulta médica cuando ella le sea solicitada por el paciente, sus allegados o representantes legales, y proponer una consulta con otro médico cada vez que lo considere necesario, informándole del modo más leal y amplio.

Artículo 10. El médico consultor debe respetar la posición del médico tratante y rehusar la asistencia del paciente por la misma enfermedad que motivó la consulta, de no contar con el pedido o asentimiento del médico tratante.

Artículo 11. El médico debe mantener con sus colegas y colaboradores un trato correcto y solidario, respetando los ámbitos de actuación y especialización profesional de estos. Cuando trabaja en equipo, debe efectuar la distribución de tareas según la calificación de cada integrante, impartiendo las instrucciones pertinentes y contando con la correspondencia cuidadosa de quienes integran el equipo.

Artículo 12. *El médico debe abstenerse de emplear cualquier procedimiento tendiente a provocar la muerte, procurando el alivio del paciente terminal y su muerte digna.*

Artículo 13. *El médico debe abstenerse de toda forma de experimentación terapéutica en seres humanos, incluyendo las técnicas de recombinación artificial de materiales genéticos, que entrañe el más mínimo riesgo para el paciente y que no tenga por finalidad el restablecimiento de la salud (Art. 44 de la Constitución), cuando no existan otros medios idóneos para alcanzar tal objetivo.*

Artículo 14. *El médico debe cooperar con las autoridades nacionales en el mantenimiento de la salud de la pública, inculcando en sus pacientes y quienes con él se relacionen los principios y directivas trazados en materia de higiene y prevención por el Ministerio de Salud Pública, indispensables para preservar la salud.*

Artículo 15. *El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aun cuando de ello se deriven perjuicios para él o sus colegas. Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública* Art. 16. *El médico debe ser objetivo y preciso en la certificación de hechos o actos que le sean solicitados en el ámbito de su ejercicio profesional. En la certificación de defunciones, debe ajustarse estrictamente a las reglamentaciones vigentes.*

Artículo 17. *El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos.*

Artículo 18. *Sin perjuicio de los deberes anunciados precedentemente, el médico debe ajustar su comportamiento a las demás normas legales y reglamentarias relativas a su condición de profesional de salud.*

Capítulo II. Prohibiciones

Artículo 19. *Al médico le está prohibido negar asistencia, en las circunstancias a que refieren los Arts. 7 y 8 del presente decreto, sea de modo directo o indirecto, a todo paciente que lo requiera salvo situaciones excepcionales debidamente autorizadas por la autoridad competente.*

Artículo 20. *Al médico le está prohibido opinar o aconsejar sobre la atención de pacientes sin ser partícipe de ella y con desconocimiento del médico tratante.*

Artículo 21. *Al médico le está prohibido desprestigiar a colegas superiores y colaboradores, mediante críticas u otras acciones u omisiones.*

Artículo 22. *Al médico le está prohibido arrogarse especializaciones cuyo reconocimiento por las autoridades competentes no posee.*

Artículo 23. *Al médico le está prohibido prescribir medicamentos u otros dispositivos terapéuticos, recomendar farmacias, laboratorios, clínicas, instituciones, aparatos de uso diagnóstico o terapéutico, o de cualquier otra forma derivar al paciente en función de conveniencias personales, económicas o de cualquier otra naturaleza reñidas con el recto desempeño de la profesión.*

Artículo 24. *Al médico le está prohibido obtener o proporcionar beneficios económicos a terceros mediante la ocultación de la enfermedad de un paciente o la atribución de cualquier afección a un paciente sano.*

Artículo 25. *Al médico le está prohibido entrometerse en asuntos familiares del paciente, sean de índole económica o de cualquier naturaleza.*

Artículo 26. *Al médico le está prohibido participar en cualquier actividad que lleve adelante quien practique ejercicio ilegal de la medicina*

Artículo 27. *Al médico le está prohibido extender certificados inexactos con el fin de reportar a un tercero beneficios indebidos, sean de índole económica, laboral o de cualquier otra naturaleza. Asimismo, le está prohibido el cobro de sumas de dinero, a cualquier título, por efectuar certificaciones de defunción, de conformidad a las reglamentaciones vigentes.*

Artículo 28. *Al médico le está prohibido efectuar declaraciones ambiguas o asumir peritajes o certificaciones en situaciones en las que directa o indirectamente, están involucrados sus intereses o los de terceros vinculados en razón de cualquier actividad.*

Capítulo III. Derechos

Artículo 29. *La enumeración no taxativa de deberes y prohibiciones contenida en los capítulos precedentes no afecta en lo mas mínimo los derechos del médico inherentes a su condición de persona humana, de profesional universitario y de trabajador -tanto de carácter individual como colectivo- reconocidos, establecidos o garantizados por reglas de Derecho. Título II*

Derechos del Paciente

Artículo 30. *El paciente tiene derecho a conocer y hacer uso de sus derechos y si por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, el establecimiento de salud correspondiente tiene obligación de prestarle ayuda.*

Artículo 31. *El paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o fuentes de pago.*

Artículo 32. *El paciente tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.*

Artículo 33. *El paciente tiene derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesite.*

Artículo 34. *El paciente tiene derecho a saber el nombre y el cargo del médico que lo atenderá.*

Artículo 35. *El paciente tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que participe en la atención médica que se le brinda y a negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.*

Artículo 36. *El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psicosocial del mismo*

Artículo 37. *El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.*

Artículo 38. *El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra.*

Artículo 39. *El paciente tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.*

Artículo 40. *El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud.*

Artículo 41. *El paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. El hospital tiene que darle por escrito un plan terapéutico a seguir, luego del alta.*

Artículo 42. *El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma, a sus expensas.*

Artículo 43. *El paciente tiene derecho a quejarse de la atención y los servicios que recibe sin temor a represalias y exigir, una respuesta del hospital, inclusive por escrito, si así lo desea.*

Artículo 44. *La enumeración de derechos del paciente contenida en los artículos precedentes tiene carácter enunciativo y no enerva el cumplimiento por éste de todos y cada uno de los deberes que son emanación de las obligaciones constitucionales de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad (Art. 44, inc. 2º de la Constitución).*

Título III. Normas de Aplicación

Artículo 45. *Las normas contenidas en el presente decreto son de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública, cualquiera sea la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas*

Artículo 46. *Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, las normas contenidas en el presente decreto serán aplicadas por la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamientos médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública pero respecto a las cuales sea llamada a intervenir de acuerdo a su competencia legal. De igual modo procederá a la Dirección General de la Salud, a través de sus reparticiones con competencia de fiscalización, en la apreciación de conductas que incidan en la calidad de la atención por parte de las instituciones sometidas a su control.*

Artículo 47. *En los casos a que se refiere el artículo precedente serán aplicables además los principios generales establecidos en el Artículo 2 y en los Artículos. 168 y siguientes del Decreto 500/991 de 27 de setiembre de 1991, en lo pertinente.*

Artículo 48. *El incumplimiento de los deberes establecidos en el Capítulo 1 del Título I del presente decreto y la violación de las prohibiciones editadas en el Capítulo 2 de dicho Título, cuando sean cometidos por funcionarios públicos, constituirán faltas administrativas Como tales, será objeto de sanción proporcionada a su gravedad, previa substanciación del procedimiento disciplinario respectivo en el que se asegurara la garantía de defensa (Libro II del decreto 500/991 de 27 de setiembre de 1991).*

Artículo 49. *Los jefes de las distintas Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud Pública tendrán la obligación de difundir las normas contenidas en el presente decreto entre el personal de su dependencia. Asimismo, deberán publicar en lugar visible de cada centro asistencial la “Carta de Derechos del Paciente” contenida en el Título II del presente decreto.*

- **Decreto No. 297/002 de 2 agosto 2002 aprueba la “Cartilla de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud.**

Artículo 1. *(Usuario de Servicio de Salud). Es Usuario de un Servicio de Salud toda persona física que potencialmente pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final, en forma remunerada o gratuita, cualquiera sea la naturaleza de su vinculación, ya sea en calidad de afiliado, socio o beneficiario, independientemente de su condición de paciente.*

Artículo 2. *(Servicio de Salud). Se considera Servicio de Salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud -incluyendo análisis o estudios- de carácter preventivo, educativo, curativo, de rehabilitación o reparación.*

Artículo 3. *(Organizaciones de Usuarios). Se consideran Organizaciones de Usuarios a toda asociación, entidad o agrupación de usuarios de Servicios de Salud cuyo objeto específico sea la defensa de los derechos e intereses de los usuarios, asuma o no la representación de éstos.*

Artículo 4. *(Departamento de Atención al Usuario). El Departamento de Atención al Usuario es toda oficina, unidad o estructura organizada con materiales y personal idóneo que funciona dentro de un Servicio de Salud, cuya finalidad es informar, orientar, atender y resolver los reclamos, consultas o peticiones que formulen los usuarios del mismo.*

(II) De los derechos...

Artículo 5. *(Enumeración no taxativa). Los derechos y deberes que se enuncian a continuación, no excluyen otros que resulten inherentes a la condición de persona humana, profesionales, Instituciones u Organizaciones públicas o privadas, establecidos, reconocidos o garantizados por reglas de Derecho.*

Artículo 6. *(Derecho a conocer sus derechos y a ejercitarlos). Todo usuario tiene derecho a conocer sus derechos y ejercerlos sin otras restricciones o limitaciones que las establecidas por el ordenamiento jurídico.*

Artículo 7. *(Derecho al respeto). Todo usuario tiene derecho a que se respete su personalidad, dignidad humana, intimidad e imagen.*

Artículo 8. *(Derecho al acceso). Todo usuario tiene derecho a que se le facilite el acceso y uso de los Servicios de Salud, así como a los establecimientos donde estos funcionan, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades, de conformidad a la reglamentación.*

Artículo 9. *(Derecho a un trato igualitario). Todo usuario tiene derecho a que se le dispense un trato igualitario, acorde a su situación particular y no ser discriminado por razones raciales, socio-económicas, de sexo, edad, ideológicas, religiosas, políticas, sindicales u otras.*

Artículo 10. *(Derecho a ser oído y plantear quejas o denuncias). Todo usuario tiene derecho a ser oído y atendido forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.*

Artículo 11. *(Derecho a la instancia). Todo usuario tiene derecho a presentar ante el Servicio de Salud al que pertenece y/o ante el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo al proceso que se establezca, las sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos que estime pertinentes, encaminadas entre otras a:*

- a) mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad de los servicios,*
- b) incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto,*
- c) simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de sus derechos o intereses,*

- d) *suprimir las tardanzas, desatenciones, dificultades para acceder a un servicio de salud, obtener información o beneficiarse de una prestación, etc.*

Artículo 12. *(Derecho a medios alternativos de solución). Todo usuario tiene derecho a que se agoten todas las etapas del procedimiento que se establezca, tendientes a obtener una decisión sobre sus sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos.*

Artículo 13. *(Derecho a la confidencialidad). Todo usuario tiene derecho a la confidencialidad de sus datos, circunstancias que plantee, documentos que presente, así como del procedimiento y respuesta que se le brinde, salvo consentimiento expreso o cuando por mandato de una regla de derecho deba darse noticia a las autoridades.*

Artículo 14. *(Derecho a ser asesorado). Todo usuario tiene derecho a ser informado, orientado y asesorado sobre los procedimientos, trámites, requisitos y documentación que sean necesarios para que se le facilite el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.*

Artículo 15. *(Derecho al acceso a los registros). Todo usuario tiene derecho a acceder a sus registros y archivos médicos del Servicio de Salud al que pertenece, en los términos previstos por la legislación vigente.*

Artículo 16. *(Derecho a solicitar información). Todo usuario tiene derecho a solicitar y recibir del Servicio de Salud información vinculada con el tratamiento y/o “atención médica recibida de éste, y entre otras, sobre:*

- a) *estructura orgánica y modalidad de las prestaciones asistenciales,*
- b) *los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.*
- c) *las prestaciones comprendidas y excluidas por la cobertura a cargo del servicio de salud;*
- d) *precios o aranceles aplicables para las prestaciones excluidas, periodicidad de los ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el sistema de fijación y responsable del mismo.*
- e) *monto de la cuota mensual, sobrecuotas, tasas moderadoras, etc. la periodicidad de sus ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el método y responsable de su fijación.*
- f) *tipología del Servicio de Salud, esto es, asistencia pública o privada, particular o colectiva, de cobertura total o parcial, intermediación u otras.*

La información debe ser brindada en tiempo razonable, en términos comprensibles, precisos, ser completa, continuada, verbal o escrita.

Artículo 17. *(Derecho a un procedimiento). Todo usuario tiene derecho a acceder un procedimiento de duración razonable, así como a medios ágiles y adecuados conforme a sus necesidades, para la solución de sus planteos, sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.*

Artículo 18. *(Derecho a una respuesta). Todo usuario tiene derecho a obtener del Servicio de Salud una respuesta expresa, clara, veraz y escrita a sus planteos en un plazo prudencial y ser notificado de las resoluciones, así como a que quede constancia documentada del procedimiento.*

Artículo 19. *(Derecho a conocer el estado del procedimiento). Todo usuario tiene derecho a requerir información sobre los procedimientos, en cualquier momento del estado de la tramitación de los mismos, en los que tenga la condición de interesado, obtener copia de los documentos que se presenten, formular alegaciones o presentar elementos de prueba.*

Artículo 20. *(Derecho a formar una asociación de usuarios). Todo usuario tiene derecho a asociarse con otros usuarios en defensa de sus derechos e intereses, formar Organizaciones o Asociaciones de usuarios y hacerse representar por ellas.*

Artículo 21. *(Derecho a conocer los profesionales). Todo usuario tiene derecho a conocer la nómina de profesionales que se desempeñan en el Servicio de Salud, sus nombres, especialidades y demás datos disponibles, así como*

sus días y horarios de consulta. Asimismo tiene derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal del Servicio de Salud que participe en la atención que se le brinde.

Artículo 22. *(Derecho a la atención preferente). Todo usuario tiene derecho a que cada Servicio de Salud cuente con un departamento u oficina dedicada preferentemente a atender, canalizar y resolver sus sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.*

(III) De los deberes...

- **Ley No. 18.335 de 15 de agosto de 2008 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.**

http://www.sup.org.uy/Descarga/ley_18335.pdf

Artículo 1. *La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.*

Artículo 2. *Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.*

...

De los Derechos...

Artículo 6. *Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.*

Artículo 7. *Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones. Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización. Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.*

Artículo 8. *El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, será responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos o al consumo de medicamentos. La promoción engañosa se determinará de acuerdo con lo prescripto en la Ley N° 17.250, de 11 de agosto de 2000, y, en particular, en el Capítulo IX de ese texto.*

Artículo 9. *El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional.*

Artículo 10. *El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos.*

Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los servicios de salud serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.

Artículo 11. *Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.*

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos psiquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 12. *Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma y una vez que la Comisión de Bioética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. En todos los casos se deberá comunicar preceptivamente a la Comisión de Bioética y Calidad de Atención del Ministerio de Salud Pública.*

La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento, en cualquier etapa de la investigación. La Comisión se integrará y funcionará según reglamentación del Ministerio de Salud Pública y se asesorará con los profesionales cuya capacitación en la materia los constituya en referentes del tema a investigar.

Artículo 13. *Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007. En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.*

Artículo 14. *La docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud.*

Capítulo IV. De los derechos relativos a la dignidad de la persona

Artículo 15. *Los servicios de salud, dependiendo de la complejidad del proceso asistencial, integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por integrantes representativos de los usuarios.*

Artículo 16. *Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.*

Artículo 17. *Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:*

- A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.*
- B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.*
- C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.*

- D) *Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.*
- E) *Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.*
- F) *Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.*

Capítulo V. Del derecho al conocimiento de su situación de salud

Artículo 18. *Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:*

- A) *Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.*
- B) *Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.*

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber).

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

- C) *Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.*
- D) *Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.*
La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente.
El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita.
En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.
La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente.
El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediar orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.
- E) *Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste.*
En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

- F) *Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: “No Reanimar” impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.*
- G) *Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.*
- H) *Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.*
- I) *Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.*

Artículo 19. *Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio.*

Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artículos 129 y 130 de la Ley No. 16.002, de 25 de noviembre de 1988, en el inciso tercero del artículo 695 y en el artículo 697 de la Ley No. 16.736, de 5 de enero de 1996, y en el artículo 5 de la Ley No. 17.243, de 29 de junio de 2000.

Artículo 20. *Es de responsabilidad de los servicios de salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.*

El Poder Ejecutivo deberá determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas para todos los servicios de salud.

Capítulo VI. De los derechos de privacidad

Artículo 21. *El servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública.*

...

- **Decreto No. 309/008 de 24 de junio de 2008 de Atención médica de emergencia con unidades móviles. Reglamentación. Actualización.**

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800309.html>

Capítulo IV. De los registros

Artículo 12. *Se deberá contar con el registro de todos los llamados recibidos y de los realizados por el servicio, estableciendo:*

- *Hora de recepción.*
- *Clasificación del llamado.*
- *Hora de salida del móvil.*
- *Hora de llegada al lugar de asistencia.*
- *Hora de llegada al lugar de destino del paciente.*
- *Hora de recepción del paciente en el servicio de tercer nivel.*
- *Asimismo se deberá realizar un respaldo multimedia de la comunicación establecida entre la persona que requiere el servicio y la cabina de control.*

Artículo 13. *El Registro de la atención médica deberá ser legible y comprensible.*

Contará como mínimo con:

- *Número de Cédula de Identidad del usuario.*
- *Ficha patronímica.*
- *Hora de inicio de la atención.*
- *Antecedentes patológicos relevantes.*
- *Evaluación clínica.*
- *Paraclínica.*
- *Diagnóstico presuntivo.*
- *Indicaciones realizadas.*
- *Evolución inmediata.*
- *Lugar de traslado.*
- *Hora de finalización de la asistencia.*
- *Identificación y firma del médico actuante.*

El paciente, su familiar o responsable legal, firmarán como constancia de haber recibido asistencia. En caso de no poder obtener dichas firmas el médico dejará registro de este hecho.

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública, Ley No. 9.201 de 1934.**

<http://www.msp.gub.uy/normas/i-normas.html>

Artículo 1. *Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene.*

- **Decreto No. 455/001 de 22 de noviembre de 2001, aprueba el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.**

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0100455.html>

Artículo 6. *Protección de la Salud Pública.*

El Ministerio de Salud Pública podrá imponer, cuando lo estime necesario, la denuncia y tratamiento obligatorio de las afecciones que por su naturaleza o el género de ocupaciones a que se dedica la persona que las padezca, pueda tener una repercusión sobre la sociedad.

El obligado a someterse a tratamiento podrá hacerlo en los establecimientos públicos, con sujeción a las condiciones que se le impongan, o privadamente, con el contralor de la autoridad, salvo el caso en que se disponga el aislamiento o la internación en un establecimiento o lugar determinado.

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículos 4 y 5.

Artículo 7. *Participación de las Intendencias.*

Las Intendencias Municipales coadyuvarán, dentro de sus respectivas jurisdicciones, al cumplimiento de las decisiones tomadas por los organismos centrales de Salud Pública.

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 6.

Capítulo III. Cometidos y atribuciones del ministerio de salud pública

Artículo 8. Competencia administrativa.

En materia administrativa el Ministerio de Salud Pública se regirá por lo dispuesto en la Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 y en el Decreto Orgánico de los Ministerios en cuanto fuere aplicable.

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 1.

Texto parcial

Artículo 9. Competencia en materia de Policía Sanitaria.

En materia de Higiene, el Ministerio de Salud Pública ejercerá los siguientes cometidos:

- 1) La adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarios para ese fin primordial.*
- 2) En caso de epidemia o de serias amenazas de invasión de enfermedades infecto-contagiosas, el Ministerio adoptará de inmediato las medidas conducentes a mantener indemne el país o disminuir los estragos de la infección. En este caso, el Poder Ejecutivo dispondrá la intervención de la fuerza pública, para garantizar el fiel cumplimiento de las medidas dictadas.*
- 3) Determinar, cuando fuere necesario, por intermedio de sus Oficinas Técnicas, el aislamiento y detención de las personas que por sus condiciones de salud, pudieren constituir un peligro colectivo.*
- 4) La determinación de las condiciones higiénicas que deben observarse en los establecimientos públicos o privados, o habitaciones colectivas, tales como cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas públicas o privadas, talleres, fábricas, hoteles y todo local de permanencia en común; etc.; disponer su inspección y la vigilancia del cumplimiento de lo dispuesto. El Ministerio de Salud Pública ejercerá sobre los municipios superintendencia en materia sanitaria.*
- 5) Difundir el uso de vacunas o sueros preventivos como agentes de inmunizaciones, imponer su uso en casos necesarios y vigilar el cumplimiento de las leyes que imponen la obligatoriedad de vacunación y revacunación. El Ministerio de Salud Pública controlará la preparación oficial y privada de sueros y vacunas.*
- 6) Reglamentar y controlar el ejercicio de la Medicina, la Farmacia y profesiones derivadas y los establecimientos de asistencia y prevención privados.*
- 7) Ejercer la policía higiénica de los alimentos y atender y controlar el saneamiento y establecimiento de agua potable en el país.*
- 8) Adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación de enfermedades de transmisión sexual.*
- 9) Propender por todos los medios a la educación sanitaria de la población.*

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 2.

Texto parcial ajustado.

Artículo 10. Competencia en materia de asistencia.

En materia de asistencia, compete al Ministerio de Salud Pública, a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces y menores desamparados, que no quedaren sujetos al Instituto Nacional del Menor.

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 2. Ley 15.903 de 10 de noviembre de 1987 artículos 270 y 274.

Texto ajustado e integrado.

Artículo 11. Competencia en materia de policía de la medicina y profesiones derivadas.-

Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-Cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las Oficinas del Ministerio de Salud Pública.

Corresponde al Ministerio de Salud Pública, reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas, y de todas las auxiliares de la medicina.

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 13 y 14. Texto ajustado.

Artículo 12. Competencia en materia de policía de las Instituciones Privadas de Asistencia.

Corresponde al Ministerio de Salud Pública, reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia, de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en el artículo anterior.-

El Ministerio de Salud Pública, a través de una Dirección con estos fines específicos ejercerá la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnico-administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento de las entidades de asistencia médica privada colectiva. Asimismo, ejercerá los controles pertinentes a tal fin, respecto de las instituciones de asistencia médica privada particular y pública, sin perjuicio del régimen legal a que éstas se encuentran sometidas (artículo 119 de este Texto).

A tales efectos el Ministerio de Salud Pública establecerá, para los establecimientos de asistencia públicos o privados:

- a) los requisitos mínimos necesarios para la habilitación y registro (artículo 25 de este Texto), así como clausura (artículo 120 de este Texto).*
- b) los requisitos de modificaciones, fusiones, etc. (artículo 26)*
- c) los requisitos de información periódica que deberán proporcionar en los aspectos técnicos administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento que se le solicite, siempre que no se afecten derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y las leyes pertinentes (artículos 25 y 132 de este Texto).*
- d) los requisitos de información que deberán difundir a los afiliados, socios, cocontratantes y usuarios (artículo 235 de este Texto).*
- e) los mecanismos para resolver reclamaciones y aplicar sanciones (artículos 228, 233, 236, 237, 238, 261 y 251).*
- f) las normas sobre protección de los derechos de los afiliados, socios, cocontratantes y usuarios (Título IV de este Texto).*

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 14. Decreto-ley No. 15.181 artículo 11.

Texto ajustado e integrado.

Artículo 13. Competencia en materia de policía de los alimentos y medicamentos.

La determinación de las condiciones que deben llenar los alimentos puestos en el comercio y las normas que fijen su calidad y pureza, compete exclusivamente al Ministerio de Salud Pública. La fiscalización y contralor se ejercerá por funcionarios del Ministerio encargados de ese cometido, sin perjuicio de la intervención municipal y de las oficinas de la aduana que corresponda.

Las mismas atribuciones tendrá el Ministerio de Salud Pública para fijar, controlar y fiscalizar las drogas y todo producto medicamentoso, o que se ponga en el comercio, atribuyéndosele propiedades curativas.

Fuente: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 19. y 20.

Texto ajustado

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

- **Decreto No. 455/001 de 22 de noviembre de 2001, aprueba el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.**

Artículo 1. *Ámbito de aplicación del marco regulatorio.*

El presente marco regulatorio se aplicará a las Instituciones de Asistencia Médica, cualquiera fuere su naturaleza, establecimientos o empresas que presten directa o indirectamente cobertura de asistencia médica privada, particular o colectiva, sin perjuicio de la normas atinentes a los profesionales que actúan en forma individual.

...

- **Decreto No. 309/008 de 24 de junio de 2008 de Atención médica de emergencia con unidades móviles. Reglamentación. Actualización.**

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800309.html>

Artículo 1. *Toda Institución que se instale para prestar atención médica de emergencia con unidades móviles terrestres, deberá cumplir con los requisitos que se establecen en el presente Decreto.*

Artículo 2. *Se entiende por unidades móviles terrestres de atención médica de emergencia, a aquellas ambulancias que cuentan con recursos humanos y materiales especialmente adecuados para la asistencia médica de un paciente en situación de emergencia.*

Artículo 3. *De las situaciones de emergencia.*

A los efectos de la presente reglamentación se considera que:

- a) Emergencia implica una situación clínica de deterioro agudo de la salud de un individuo, que pone en peligro inminente su vida o una función y que requiere asistencia inmediata.*
- b) Frente a una situación de emergencia se debe:*
 - Solucionar la situación emergente siempre que sea posible.*
 - Tomar las medidas tendientes a mantener las funciones vitales, mientras se traslada al paciente a un servicio del tercer nivel de atención médica de referencia.*

Artículo 4. *Las Instituciones que presten atención médica de emergencia con unidades móviles terrestres, podrán organizar la prestación de sus servicios en la modalidad de atención para niños, para adultos o para ambos.*

Artículo 5. *Estos servicios deberán funcionar las veinticuatro horas durante todos los días del año.*

Capítulo II. De la planta física

Artículo 6. *Deberá disponer de las siguientes áreas de trabajo destinadas exclusivamente a los fines que se señalan:*

A) Base de salida con:

- a) Sala de guardia para el personal de turno, vestuarios y baños en proporción adecuada a su número.*
- b) Lugar para almacenar insumos médicos y stock de medicamentos protegidos por adecuados sistemas de seguridad y acorde a la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública.*
- c) Área destinada al estacionamiento de las unidades móviles terrestres, con capacidad suficiente para el número de móviles asignados a dicha base de salida.*
- d) Área destinada al manejo de los residuos sólidos sanitarios, en consonancia con lo preceptuado en el Decreto N° 135/999 y sus posteriores modificaciones.*

B) Deberá contar además con las siguientes áreas, las que podrán estar centralizadas:

- a) Cabina de control: Es el lugar de recepción de llamadas y centro de comunicaciones, no siendo obligatorio que esté ubicada en la misma planta física que la base de salida.*
- b) Área destinada a la limpieza y acondicionamiento de las unidades móviles terrestres de emergencia; contará con personal que se encargará de la limpieza y desinfección de las unidades móviles terrestres.*
- c) Área destinada al archivo de Historias Clínicas y demás información que se disponga almacenar en papel o en forma electrónica.*

...

Capítulo V. Del Personal

Artículo 14. *Toda solicitud para habilitar un servicio como el que se reglamenta, deberá indicar el médico que ocupará el cargo de Director Técnico.*

Se detallará el personal médico, de enfermería, choferes y personal administrativo con el que desarrollarán los servicios, adjuntando copia de los títulos profesionales correspondientes y en el caso de los choferes con su correspondiente habilitación municipal para conducir.

Artículo 15. *El médico que actúe en la Dirección Técnica, responsable en el plano técnico ante el Ministerio de Salud Pública del cumplimiento de la normativa vigente, deberá ser especialista en al menos alguna de las siguientes especialidades: Medicina Intensiva, Medicina Interna, Anestesiista, Cardiólogo, Salud Pública, Administración de Servicios de Salud, Pediatra Internista o Pediatra Intensivista, con títulos expedidos por Universidades Públicas o Privadas, nacionales o internacionales, debidamente acreditados ante el Ministerio de Salud Pública. En todos los casos deberá tener formación y actualizaciones periódicas en gestión de servicios médicos y medicina intensiva que garanticen su idoneidad, disponiendo de un plazo de tres años para adquirirlas. Podrá contar con un adjunto a la Dirección Técnica que certifique debidamente su capacitación en gestión de empresas de salud. La Dirección Técnica tendrá entre sus funciones el control de la formación y vigencia de la capacitación del personal técnico y no técnico, así como la evaluación de la eficiencia del servicio.*

Artículo 16. *El Director Técnico de cada Institución de Asistencia Médica Colectiva, que instale un servicio de atención médica de emergencia con unidades móviles, será el responsable en el plano técnico ante el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 10 del Decreto Ley N° 15.181 de 21 de agosto de 1981. En caso de que el servicio sea contratado, la responsabilidad ante el Ministerio de Salud Pública será de la Dirección Técnica de la entidad contratada, sin desmedro de la que le pueda corresponder a la Institución contratante.*

Artículo 17. *La Institución prestadora del servicio deberá asegurar la existencia de personal suficiente para que cada ambulancia de emergencia cuente con un equipo integrado, con por lo menos, tres funcionarios: un médico, un licenciado de enfermería o auxiliar de enfermería o practicante de medicina y un chofer. Los técnicos deberán contar con la capacitación a que se refiere el Artículo siguiente.*

Artículo 18. *El personal técnico deberá documentar una capacitación mínima en el manejo de situaciones de emergencia, de acuerdo a lo que establezcan las pautas del Ministerio de Salud Pública. Este personal deberá actualizar periódicamente su capacitación.*

Artículo 19. *Aquellas entidades que soliciten habilitación para brindar atención pediátrica de emergencia, deberán contar con médicos con título habilitante para la atención pediátrica, con la capacitación mínima referida en el Artículo anterior.*

Artículo 20. *La contratación del personal se regirá por el Laudo de la Salud, así como los acuerdos de empresa y demás normativa vigente.*

Artículo 21. *La clasificación de los llamados de Emergencia, deberá ser supervisada por médicos.*

Capítulo VI . De la Prestación de Servicios

Artículo 22. *Toda solicitud para habilitar una Base de Salida, deberá definir con precisión el área geográfica que cubrirán las unidades móviles terrestres, documentándola con la cartografía correspondiente, que deberá ser aprobada específicamente para la continuación del trámite.*

Artículo 23. *El límite geográfico del área de cobertura no podrá exceder al área circundante a la base de salida, en un radio determinado por el recorrido de un vehículo durante quince minutos, a la velocidad máxima autorizada.*

Artículo 24. *La solicitud de ampliación para nuevas áreas de cobertura por parte de una Institución se hará únicamente mediante la habilitación de nuevas bases de salida propias o mediante convenios con otra Institución.*

El Ministerio de Salud Pública promoverá convenios de complementación asistencial que favorezcan la racionalidad y eficiencia de una red nacional de servicios de emergencia.

Artículo 25. *Tiempos de respuesta.*

La salida del móvil deberá realizarse en un tiempo máximo de tres minutos de clasificado el llamado.

La llegada del móvil al lugar de asistencia deberá concretarse en tiempos mínimos, en plazos prudentes y razonables.

Artículo 26. *Deberá consignarse la existencia de por lo menos un centro de referencia del tercer nivel de atención, próximo al área de cobertura, al cual puedan ser trasladados los pacientes para su tratamiento definitivo.*

Al decidirse el traslado, el servicio de emergencia deberá comunicarse con el centro de tercer nivel que corresponda, a efectos de asegurar la continuidad asistencial del paciente.

Artículo 27. *Estos Servicios deberán contar con un manual de procedimientos en el cual se determinen las actividades, responsabilidades y rutinas de atención.*

Capítulo VII. Disposiciones Transitorias

Artículo 28. *Las Instituciones que a la fecha brinden el servicio que se reglamenta, tendrán un plazo de ciento ochenta días a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto para ajustar el cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.*

Artículo 29. *Aquellas Instituciones que a la fecha de publicación del presente Decreto cuenten con afiliados fuera del área de cobertura establecido en el mismo, deberán notificarlos por escrito de la nueva situación.*

Artículo 30. *Todo el personal técnico que al momento de entrar en vigencia la presente norma, no cumpla con las exigencias de capacitación establecidas en la misma, dispondrá de un plazo de dos años a partir de la entrada en vigencia de ésta, para regularizar su situación.*

...

Artículo 33. *Derógase el Decreto N° 578/986 y toda otra norma contraria a la presente.*

- **Decreto No. 455/001 de 22 de noviembre de 2001, aprueba el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.**

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0100455.html>

Artículo 1. *Ámbito de aplicación del marco regulatorio.*

El presente marco regulatorio se aplicará a las Instituciones de Asistencia Médica, cualquiera fuere su naturaleza, establecimientos o empresas que presten directa o indirectamente cobertura de asistencia médica privada, particular o colectiva, sin perjuicio de las normas atinentes a los profesionales que actúan en forma individual.

...

Artículo 25. *Requisitos generales de habilitación y registro de una Institución de Asistencia Médica.*

Las instituciones, públicas o privadas que pretendan brindar asistencia médica u odontológica, una vez obtenida la autorización para crearse, deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar ante el Ministerio de Salud Pública, quien previamente realizará las inspecciones que estime del caso con el fin de verificar el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes, en cuyo caso otorgará la habilitación y el registro correspondiente.

Sin perjuicio de los requisitos específicos que establezca la reglamentación, según la tipología de las instituciones, modalidad o nivel de cobertura y servicios que se brindan, la solicitud de registro y habilitación deberá ser acompañada por la siguiente documentación:

- a) Estatutos o contrato social debidamente inscripto, según corresponda.
- b) Personería jurídica, otorgada por la autoridad competente.
- c) Servicios de asistencia médica u odontológica que proyectan brindar.
- d) Recursos humanos y materiales con que cuentan, debidamente habilitados por el Ministerio de Salud Pública.
- e) Dirección Técnica médica u odontológica responsable, según corresponda, con aceptación expresa del profesional.

La información contenida en la documentación referida deberá mantenerse actualizada, y las instituciones deberán asimismo proporcionar en los aspectos técnicos administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento la información que se le solicite, siempre que no se afecten derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y las leyes pertinentes. Texto nuevo.

...

• **MERCOSUR/GMC/RES. No. 12/07, Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.**

<http://www.sice.oas.org/Trade/MRCSRS/Resolutions/Res4807.pdf>

El grupo mercado común resuelve:

Artículo 1. Aprobar las “Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia”, que constan en Anexos I y II y forman parte de la presente Resolución.

- a) Las Directrices establecidas en el Anexo I se aplican a la atención prehospitalaria fija en unidades no hospitalarias y unidades hospitalarias de atención de Urgencia y Emergencia;
- b) Las Directrices establecidas en el Anexo II se aplican a la atención prehospitalaria fija de Urgencia y Emergencia en unidades de atención primaria;
- c) Estas Directrices no incluyen la atención pre-hospitalaria móvil.

Artículo 2. El seguimiento y actualización de las Directrices será realizado por el SGT N°11, cuyas funciones incluirán lo siguiente: intercambios de información, propuestas de pautas, estándares y procedimientos operacionales, análisis de los avances nacionales en la materia y estudio de la adecuación de las Directrices no establecidas en la presente Resolución.

Artículo 3. Los Organismos Nacionales competentes para la implementación de la presente Resolución son:

Argentina: Ministerio de Salud

Brasil: Ministerio da Saúde

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Artículo 4. Esta Resolución no necesita ser incorporada al ordenamiento jurídico de los Estados Partes.

Anexo I. Directrices para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia

1. **Objetivo**
Establecer Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios de Urgencia y Emergencia.
2. **Definición**
 - 2.1. **Emergencia:** constatación médica de condiciones de agravamiento de la salud que impliquen riesgo inminente de muerte o sufrimiento intenso, exigiendo, por tanto, tratamiento médico inmediato.
 - 2.2. **Directrices:** conjunto de instrucciones o pautas para orientar acciones que califiquen los Servicios de salud.

- 2.3. *Urgencia: Hecho imprevisto de agravamiento de la salud con o sin riesgo potencial de la vida, cuyo portador necesita de asistencia médica inmediata.*
3. *Requisitos*
 - 3.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia fijo puede funcionar como un servicio de salud independiente o inserto en un establecimiento con internación con mayor capacidad de resolución.*
 - 3.1.1. *Los Servicios de Urgencia y Emergencia deben estar organizados y estructurados considerando la red de atención a la salud existente.*
 - 3.2. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia, público o privado, debe poseer o estar inserto en un servicio de salud que posea la Habilitación o licencia de Funcionamiento, actualizada periódicamente, expedida por el órgano sanitario competente, de acuerdo con la normativa de cada Estado Parte.*
 - 3.3. *La construcción, reforma o adaptación a la estructura física del Servicio de Urgencia y Emergencia debe ser precedida del análisis y aprobación del proyecto junto al órgano competente, así como la verificación de la ejecución de las obras conforme aprobados.*
 - 3.4. *Es de responsabilidad de la administración del servicio de salud prever y proveer los recursos humanos, equipamientos, materiales y medicamentos necesarios para el funcionamiento de los Servicios de Urgencia y Emergencia.*
 - 3.5. *La dirección general del establecimiento y el jefe del Servicio de Urgencia y Emergencia tienen la responsabilidad de planear, implementar y garantizar la calidad de los procesos.*
 - 3.6. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de instrucciones escritas y actualizadas de las rutinas técnicas implementadas.*
 - 3.7. *Las rutinas técnicas deben ser elaboradas en conjunto con las áreas involucradas en la asistencia al paciente, asegurando la asistencia integral y la interdisciplinariedad.*
 - 3.8. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 3.8.1. *poseer estructura organizacional documentada;*
 - 3.8.2. *preservar la identidad y la privacidad del paciente, asegurando un ambiente de respeto y dignidad;*
 - 3.8.3. *promover un ambiente acogedor;*
 - 3.8.4. *incentivar y promover la participación de la familia en la atención al paciente;*
 - 3.8.5. *Ofrecer orientación al paciente y a los familiares en lenguaje claro, sobre el estado de salud y la asistencia a ser prestada, desde la admisión hasta el alta.*
4. *Recursos Humanos*
 - 4.1. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de los siguientes profesionales de la salud:*
 - 4.1.1. *Un Responsable Técnico con formación médica, legalmente habilitado.*
 - 4.1.1.1. *El médico responsable técnico puede asumir la responsabilidad por 1 (un) Servicio de Urgencia y Emergencia;*
 - 4.1.1.2. *En caso de ausencia del responsable técnico, el servicio debe contar con un profesional legalmente habilitado para substituirlo;*
 - 4.1.1.3. *El médico responsable técnico debe estar capacitado en administración de salud;*
 - 4.1.1.4. *En el caso del médico responsable técnico que no posea esta capacitación, debe contar con soporte de un equipo del servicio de salud que sea capacitado en administración en salud.*
 - 4.1.1.5. *En el Servicio de Urgencia y Emergencia hospitalaria, el responsable técnico debe poseer título de especialista en su área de actuación profesional.*
 - 4.1.2. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de equipo médico en cantidad suficiente para la atención 24 horas de las situaciones de Urgencias y Emergencias de todas las actividades correspondientes.*
 - 4.1.2.1. *El servicio debe contar, con un clínico general, pediatra, gineco-obstetra y cirujano capacitados para atención de las Urgencias y Emergencias.*

- 4.1.2.2. *El servicio de Urgencia y Emergencia de mayor complejidad debe contar también con profesionales especializados de acuerdo con el perfil de atención, capacitados para atención de las Urgencias y Emergencias.*
 - 4.1.3. *Un enfermero exclusivo de la unidad, responsable para la coordinación de la asistencia de enfermeros.*
 - 4.1.3.1. *Equipo de enfermeras en cantidad suficiente para la atención de los Servicios las 24 horas del día en todas las actividades correspondientes.*
 - 4.2. *Todos los profesionales de los Servicios de Urgencia y Emergencia deben ser vacunados de acuerdo a las leyes vigentes.*
 - 4.3. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe promover entrenamiento y educación permanente en conformidad a las actividades desarrolladas, a todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes, manteniendo disponibles los registros de su realización y de la participación de estos profesionales.*
5. *Infraestructura Física*
- 5.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer de infraestructura física dimensionada de acuerdo a la demanda, complejidad y perfil asistencial de la unidad, garantizando la seguridad y continuidad de la asistencia al paciente.*
 - 5.1.1. *El Servicio de Urgencia debe garantizar, conforme al perfil asistencial, el acceso independiente para pediatría.*
 - 5.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer de acuerdo al perfil de atención, los siguientes ambientes:*
 - 5.2.1. *Área externa cubierta para entrada de ambulancias;*
 - 5.2.2. *Sala de recepción y espera, con sanitarios para usuarios;*
 - 5.2.3. *Sala de archivo de Legajos médicos;*
 - 5.2.4. *Sala de clasificación de riesgo;*
 - 5.2.5. *Área de higienización;*
 - 5.2.6. *Consultorios;*
 - 5.2.7. *Sala para asistente social;*
 - 5.2.8. *Sala de procedimientos con área para sutura, curación, rehidratación, y administración de medicamentos;*
 - 5.2.9. *Área para nebulización;*
 - 5.2.10. *Sala de Urgencia y Emergencia para reanimación y estabilización, con área mínima de 12,0 m² por cama;*
 - 5.2.11. *Salas de observación masculina, femenina, pediátrica y aislados, con área mínima de 9,0 m² por cama, con puesto de enfermería, sanitarios y duchas;*
 - 5.2.12. *Sala de recolección de muestras;*
 - 5.2.13. *Área médica y de enfermería;*
 - 5.2.14. *Sala para desechos;*
 - 5.2.15. *Depósito para material de limpieza;*
 - 5.2.16. *Vestuarios y sanitarios para personal;*
 - 5.2.17. *Sala para examen radiológico;*
 - 5.2.18. *Farmacia;*
 - 5.2.19. *Depósito de materiales.*
 - 5.3. *Los ítems 5.2.3., 5.2.7., 5.2.16., 5.2.17., 5.2.18. y 5.2.19., pueden ser compartidos con otras unidades del servicio de salud.*
 - 5.4. *Los Servicios de Urgencia y Emergencia que prestan atención quirúrgica deben contar en su área física o en el establecimiento donde estuviese inserto, con:*
 - 5.4.1. *Centro quirúrgico;*
 - 5.4.2. *Áreas de apoyo técnico y logístico.*

- 5.5. *El Servicio de Urgencia y Emergencia que presta atención traumatológica y ortopédica debe contar en su área física o en el establecimiento donde esté inserto, con sala para enyesar y reducir fracturas;*
 - 5.6. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer instalaciones en el predio que tengan las siguientes características:*
 - 5.6.1. *sistema de energía eléctrica de emergencia para energizar el equipamiento de soporte vital y de los circuitos de iluminación de urgencia;*
 - 5.6.2. *circuitos de iluminación distintos, de forma a evitar interferencias electromagnéticas en el equipamiento y las instalaciones;*
 - 5.6.3. *sistema de abastecimiento de gas medicinal centralizado, con punto de oxígeno, y aire medicinal en las salas de nebulización, sala de observación y sala de Urgencia y Emergencia;*
 - 5.7. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe poseer circulación y puertas dimensionadas para el acceso de camillas y sillas de ruedas.*
6. *Materiales y Equipamientos*
- 6.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe mantener disponible en la unidad de:*
 - 6.1.1. *estetoscopio adulto/infantil;*
 - 6.1.2. *esfigmomanómetro adulto/infantil;*
 - 6.1.3. *otoscopio adulto/infantil;*
 - 6.1.4. *oftalmoscopio;*
 - 6.1.5. *espejo laríngeo;*
 - 6.1.6. *resucitador manual con reservorio adulto/infantil;*
 - 6.1.7. *desfibrilador con marca pasos externo;*
 - 6.1.8. *monitor cardíaco;*
 - 6.1.9. *tensiómetro de pulso;*
 - 6.1.10. *electrocardiógrafo;*
 - 6.1.11. *equipamiento para detección de glicemia capilar;*
 - 6.1.12. *aspirador;*
 - 6.1.13. *bomba de infusión con batería y equipo universal;*
 - 6.1.14. *cilindro de oxígeno portátil y red canalizada de gases o balón de O₂, definido de acuerdo al porte de la unidad;*
 - 6.1.15. *camilla con ruedas y barandas;*
 - 6.1.16. *máscara para resucitador adulto/infantil*
 - 6.1.17. *respirador mecánico adulto/infantil;*
 - 6.1.18. *foco quirúrgico portátil;*
 - 6.1.19. *foco quirúrgico con batería;*
 - 6.1.20. *negatoscopio;*
 - 6.1.21. *máscaras, sondas, drenajes, cánulas, pinzas y catéteres para diferentes usos;*
 - 6.1.22. *laringoscopio infantil/adulto;*
 - 6.1.23. *material para cricotiroidostomía;*
 - 6.1.24. *equipos de macro y microgoteros;*
 - 6.1.25. *caja completa de cirugía menor;*
 - 6.1.26. *collares de inmovilización cervical tamaños P, M y G;*
 - 6.1.27. *plancha larga para inmovilización de la víctima en caso de trauma;*
 - 6.1.28. *plancha corta para masaje cardíaco;*
 - 6.1.29. *instrumentos necesarios para resucitación cardiorespiratoria;*
 - 6.1.30. *medicamentos que garanticen la asistencia en Urgencias y Emergencias.*
 - 6.1.31. *asiento removible destinado al acompañante, 01 (uno) para cada cama de observación;*
 - 6.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*

- 6.2.1. *mantener instrucciones escritas, de uso y mantenimiento, referentes a equipamientos o instrumentos, las que pueden ser sustituidas o complementadas por manuales del fabricante;*
- 6.2.2. *asegurar el estado de integridad del equipamiento;*
- 6.2.3. *registrar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos.*
- 6.3. *Los medicamentos, materiales, equipamientos e instrumentos utilizados, nacionales e importados, deben estar regularizados ante los organismos competentes.*
- 7. *Acceso a los Recursos Asistenciales*
 - 7.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe disponer o garantizar el acceso, en el tiempo debido a los siguientes recursos asistenciales, diagnósticos y terapéuticos, específicos para la franja etárea asistida:*
 - 7.1.1. *cirugía general;*
 - 7.1.2. *clínica y cirugía obstétrica y ginecológica;*
 - 7.1.3. *clínica y cirugía vascular;*
 - 7.1.4. *clínica y cirugía neurológica;*
 - 7.1.5. *clínica y cirugía ortopédica;*
 - 7.1.6. *clínica y cirugía oftalmológica;*
 - 7.1.7. *clínica y cirugía urológica;*
 - 7.1.8. *clínica y cirugía odontológica y bucomaxilofacial;*
 - 7.1.9. *clínica gastroenterológica;*
 - 7.1.10. *clínica nefrológica;*
 - 7.1.11. *clínica psiquiátrica;*
 - 7.1.12. *clínica para quemados;*
 - 7.1.13. *terapia intensiva;*
 - 7.1.14. *radiología intervencionista;*
 - 7.1.15. *nutrición, incluyendo nutrición enteral y parenteral;*
 - 7.1.16. *hemoterapia;*
 - 7.1.17. *hemodiálisis;*
 - 7.1.18. *laboratorio clínico, incluyendo microbiología y hemogasometría;*
 - 7.1.19. *anatomía patológica;*
 - 7.1.20. *radiología convencional, incluyendo aparato de radiografía móvil;*
 - 7.1.21. *ultra-sonografía, inclusive portátil;*
 - 7.1.22. *ecodoppler;*
 - 7.1.23. *tomografía computarizada;*
 - 7.1.24. *resonancia magnética;*
 - 7.1.25. *fibrobroncoscopia;*
 - 7.1.26. *endoscopia digestiva;*
 - 7.1.27. *electroencefalografía*
- 8. *Procesos Operacionales Asistenciales*
 - 8.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe prestar al paciente asistencia integral e interdisciplinaria cuando sea necesario.*
 - 8.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe realizar, por profesionales de salud capacitados, clasificación de los pacientes por niveles de riesgo.*
 - 8.2.1. *La clasificación de riesgo debe considerar el grado de necesidad del paciente y el orden de atención debe darse de acuerdo con los protocolos clínicos de servicio.*
 - 8.3. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe garantizar que la transferencia del paciente, en caso de necesidad, sea realizada después de asegurar la disponibilidad de camas en el servicio de referencia, en transporte adecuado a las necesidades.*
 - 8.3.1. *Cuando fuera necesario la transferencia para una Unidad de Terapia Intensiva, ésta debe ser efectuada lo más rápido posible.*

- 8.4. *Un equipo de Servicio de Urgencia y Emergencia debe:*
 - 8.4.1. *implantar e implementar acciones de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia y acciones de prevención y control de infección y de eventos adversos;*
 - 8.4.2. *contribuir con la investigación epidemiológica de brotes y eventos adversos y adoptar medidas de control;*
 - 8.4.3. *proceder al Uso Racional de Medicamentos, especialmente de antimicrobianos.*
- 8.5. *Todo paciente debe ser evaluado en cuanto a su estado clínico en todos los turnos y en las interconsultas clínicas, por los equipos médicos y de enfermería, con registro legible y firmado en la ficha de atención o historia clínica.*
- 8.6. *La evaluación de otros profesionales involucrados en la asistencia al paciente debe ser registrada de manera legible y firmada en la ficha de atención o historia clínica.*
9. *Transporte Interhospitalario*
 - 9.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe tener disponible, para el transporte de pacientes graves, los siguientes materiales y medicamentos:*
 - 9.1.1. *Camilla para transporte de pacientes adultos y pediátricos, con barandas laterales, soporte para soluciones parenterales y soporte para balón de oxígeno;*
 - 9.1.2. *balón transportable de oxígeno;*
 - 9.1.3. *ventilador para transporte;*
 - 9.1.4. *material de Emergencia para reanimación conteniendo medicamentos antiarrítmico, antihipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoactivas, vasodilatador y vasoconstrictor coronarios, anticonvulsivante, glucosa hipertónica e isotónica, suero fisiológico y agua destilada;*
 - 9.1.5. *equipamientos de Emergencia para reanimación, incluyendo resucitador manual con reservas, laringoscopio completo, máscaras, tubos endotraqueales conectores y cánulas de Guedel de numeración correspondiente al paciente transportado, y guía estéril;*
 - 9.2. *Todo paciente grave debe ser transportado con acompañamiento continuo de un médico o de un enfermero, con habilidad comprobada para la atención de Urgencia y Emergencia, inclusive cardiorespiratoria.*
 - 9.3. *El transporte del paciente grave debe ser realizado de acuerdo al manual de normas, rutinas y procedimientos establecidos por el equipo del servicio de forma de garantizar la continuidad de la asistencia.*
10. *Bioseguridad*
 - 10.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe mantener actualizadas y disponibles, para todos los funcionarios, instrucciones escritas de bioseguridad, contemplando los siguientes ítems:*
 - 10.1.1. *normas y conductas de seguridad biológica, química, física, ocupacional y ambiental;*
 - 10.1.2. *instrucciones de uso para los equipamientos de protección individual (EPI) y de protección colectiva (EPC);*
 - 10.1.3. *procedimientos en caso de accidentes;*
 - 10.1.4. *manipulación y transporte de material y de muestra biológica.*
11. *Prevención y Control de Infecciones y Eventos Adversos*
 - 11.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe adoptar medidas sistemáticas para prevención y control de infecciones y eventos adversos.*
 - 11.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia debe contar con:*
 - 11.2.1. *instrucciones de limpieza, desinfección y esterilización, cuando sea aplicable, de las superficies, instalaciones, equipamientos y materiales.*
 - 11.2.2. *condiciones para la higiene de manos de los profesionales de salud, pacientes y familiares.*
 - 11.3. *Los productos usados en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser utilizados siguiendo las especificaciones del fabricante, que deben estar reglamentados por el órgano competente.*

Anexo II. Directrices para Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria

1. Objetivo

Establecer Directrices para Organización y Funcionamiento de Servicios que presten atención de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria, para atención de pacientes con cuadros agudos o crónicos agudizados, cuya complejidad sea compatible con este nivel de asistencia.

2. Recursos Humanos

2.1. *Todo Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe disponer de los siguientes profesionales de salud:*

2.1.1. *Médico general calificado para atención de Urgencia y Emergencia;*

2.1.2. *Odontólogo;*

2.1.3. *Equipo de enfermería (licenciados, técnicos y auxiliares).*

3. Infraestructura Física

3.1. *La unidad de atención primaria debe poseer para la atención de pacientes en situación de Urgencia y Emergencia:*

3.1.1. *Sala de Emergencia para reanimación y estabilización, con área mínima de 12,0 m² por cama;*

3.1.2. *Salas de observación, con área mínima de 9,0 m² por cama, sanitarios y duchas.*

3.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidad de Atención Primaria debe poseer circulación y puertas dimensionadas para el acceso de camillas y sillas de ruedas.*

4. Materiales y Equipamientos

4.1. *Las unidades de atención primaria deben mantener disponibles:*

4.1.1. *resucitador manual, con reservas, adulto e infantil;*

4.1.2. *instrumental e insumos para liberar vías aéreas y resucitación cardiorespiratoria;*

4.1.3. *oxígeno;*

4.1.4. *aspirador y nebulizador portátil o fijo;*

4.1.5. *material para pequeñas suturas;*

4.1.6. *material para inmovilizaciones, tales como collares, férulas, y tablas de inmovilización;*

4.1.7. *material de emergencia para reanimación conteniendo medicamentos antiarrítmico, anti-hipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoactivas, vasodilatador y vasoconstrictor coronarios, anticonvulsivante, glucosa hipertónica e isotónica, suero fisiológico y agua destilada;*

4.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe:*

4.2.1. *mantener instrucciones escritas, de uso y mantenimiento, referentes a equipamientos o instrumentos, las cuales pueden ser sustituidas o complementadas por manuales del fabricante;*

4.2.2. *asegurar el estado de integridad del equipamiento;*

4.2.3. *registrar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos.*

4.3. *Los medicamentos, materiales, equipamientos e instrumentos utilizados, nacionales e importados, deben estar reglamentados por el órgano competente.*

5. Procesos Operacionales Asistenciales

5.1. *Las unidades de atención primaria deben ser realizadas, por profesionales de salud capacitados, clasificación de los pacientes por niveles de riesgo.*

5.2. *Las unidades de atención primaria deben tener garantizada la existencia de disponibilidad en el servicio de referencia en caso de necesidad de transferencia del paciente.*

5.2.1. *Las unidades de atención primaria deben garantizar que la transferencia del paciente sea realizada en transporte adecuado.*

- 5.3. *Las unidades de atención primaria deben promover entrenamiento y educación permanente en conformidad con las actividades desarrolladas, a todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes en situación de Urgencia y Emergencia, manteniendo disponibles los registros de su realización y de la participación de estos profesionales.*
6. *Bioseguridad*
- 6.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe mantener actualizadas y disponibles, para todos los funcionarios, instrucciones escritas de bioseguridad, contemplando los siguientes ítems:*
- 6.1.1. *normas y conductas de seguridad biológica, química, física, ocupacional y ambiental;*
- 6.1.2. *instrucciones de uso para los equipamientos de protección individual (EPI) y de protección colectiva (EPC);*
- 6.1.3. *procedimientos en caso de accidentes;*
- 6.1.4. *manipulación y transporte de material y de muestra biológica.*
7. *Prevención y Control de Infecciones y Eventos Adversos*
- 7.1. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe adoptar medidas sistemáticas para prevención y control de infecciones y eventos adversos.*
- 7.2. *El Servicio de Urgencia y Emergencia en Unidades de Atención Primaria debe contar con:*
- 7.2.1. *instrucciones de limpieza, desinfección y esterilización, cuando sea aplicable, de las superficies, instalaciones, equipamientos y materiales.*
- 7.2.2. *condiciones para la higiene de manos de los profesionales de salud, pacientes y familiares.*
- 7.3. *Los productos usados en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser utilizados siguiendo las especificaciones del fabricante, que deben estar reglamentados por el órgano competente.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe un Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME 911) que se ofrece mediante convenio del Ministerio del Interior y la Cámara de Emergencias Móviles. Dichos convenios se van renovando a través del tiempo y varía la extensión de su alcance. Este servicio es local, es decir, cada Jefatura departamental cuenta con su propia central y no están interconectadas. No se localizaron normas que regulen en detalle el funcionamiento de este servicio.

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Decreto No. 309/008 de 24 de junio de 2008 de Atención médica de emergencia con unidades móviles. Reglamentación. Actualización.**
<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800309.html>

Capítulo III. De las unidades móviles terrestres y su equipamiento mínimo

Artículo 7. *Al momento de solicitar la habilitación de los servicios al Ministerio de Salud Pública, se deberá presentar la documentación que demuestre que las unidades móviles terrestres cumplen con la reglamentación municipal correspondiente.*

Artículo 8. *Al iniciar el trámite de habilitación del servicio se deberá contar como mínimo con dos ambulancias para la primer base de salida. Para la habilitación de las subsiguientes bases se deberá contar con al menos una unidad móvil terrestre asignada a cada una de ellas, con las características señaladas en los artículos siguientes.*

La Institución prestadora deberá garantizar en forma permanente la disponibilidad del número de unidades móviles terrestres habilitadas.

Artículo 9. *Las ambulancias deberán ser vehículos de bajo centro de gravedad, con altura no inferior a 1,80 metros y con espacio suficiente que permita:*

- a) La instalación de por lo menos una camilla articulada con ruedas, así como del equipamiento que se detalla en el Artículo 11 de la presente norma.*
- b) La presencia de dos personas que de pie puedan realizar procedimientos técnicos - médicos sin molestar mutuamente.*

Artículo 10. *Las unidades móviles terrestres deberán tener suficiente iluminación interna, calefacción y refrigeración/ventilación, las que serán independientes de la cabina de conducción.*

Externamente deberán lucir la leyenda “Emergencia” y las señales acústicas u ópticas que establezcan para los vehículos de emergencia las disposiciones municipales y nacionales.

Tendrán además un equipo de radio-transmisor-receptor y deberán ser conducidas por un chofer con libreta profesional con la habilitación correspondiente.

Las nuevas unidades móviles terrestres a incorporar a partir de la vigencia del presente Decreto deberán contar con un sistema de calefacción-refrigeración.

Artículo 11. *Cada unidad móvil deberá tener por lo menos el siguiente equipamiento:*

- *Oxígeno y su medio de administración.*
- *Equipamiento para asistencia de ventilación (Ambú, bolsa de válvula unidireccional y respiratoria, etc.).*
- *Válvulas PEEP.*
- *Laringoscopio y tubos endotraqueales.*
- *Electrocardiógrafo.*
- *Cardiodesfibrilador (para cardioversión y desfibrilador).*
- *Marcapaso externo (Fijo y a demanda).*
- *Electrodos transcutáneos para estimulación eléctrica miocárdica.*
- *Equipamiento necesario para toracocentesis, toracostomía y cricotiroidostomía.*
- *Instrumental para acceder a la vía venosa central, periférica y aplicación de inyectables.*
- *Equipamiento para aspiración gástrica y traqueobronquial.*
- *Catéteres urinarios.*
- *Instrumental de cirugía menor.*
- *Medios de sostén y fijación de fracturas.*
- *Caja de emergencias obstétrica y neonatal.*
- *Drogas utilizables en situaciones de emergencia.*
- *Fluidos osmolares, hiposmolares e hiperosmolares.*
- *Silla de ruedas.*
- *Linterna.*
- *Otoscopio.*
- *Termómetro.*
- *Hemogluco test o similar.*
- *Cánulas nasales.*
- *Pinza para cuerpos extraños.*
- *Oxímetro de pulso.*
- *Collar cervical.*
- *Inmovilizadores laterales de cabeza.*
- *Set de sábanas limpias para quemados.*
- *Humidificadores.*
- *Almohadas.*

- Sábanas.
- Frazadas.
- Toallas descartables.
- Chatas, violines.
- Elementos de protección para el equipo de salud (guantes, antiparras, tapabocas, sobretúnicas, etc.).
- Extinguidores de incendio.
- Caja de Herramientas.
- Rueda de Auxilio.

Toda empresa deberá contar además con un respirador automático portátil para traslados coordinados de larga distancia.

En aquellas empresas que contemplen la cobertura pediátrica se debe agregar una incubadora de traslado por área territorial, así como el material ya citado adaptado a la asistencia pediátrica.

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

Los servicios de emergencias incorporados al sistema nacional integrado de salud están obligados a prestar este servicio conforme la norma que se menciona a continuación. El resto de los servicios de emergencia privados no incorporados al seguro deberán ser pagados por el usuario.

- **Ley No. 18.211 del 13 de diciembre de 2007, crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).**

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Artículo 46. *Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.*

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquellas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes. El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

I. MARCO DE DERECHOS

GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

- **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.**

<http://www.analitica.com/BITBLIO/anc/constitucion1999.asp>

...

Artículo 83. *La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.*

Artículo 84. *Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.*

Artículo 85. *El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.*

Artículo 86. *Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.*

...

Artículo 122. *Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.*

- **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 3. *Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:*

- *Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.*
- *Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.*
- *Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.*
- *Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.*
- *Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integralidad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.*

OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO

- **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 48. *Los establecimientos de atención médica propiedad del Estado prestarán asistencia, sin discriminación alguna, a todo ciudadano que acuda a los mismos en demanda de servicios de salud.*

Artículo 62. *Los trabajadores de la Administración Pública en salud deberán asegurar en todo momento, inclusive durante situaciones conflictivas, la atención a los enfermos graves o en condiciones de urgencia, la vigilancia y control epidemiológico y el mantenimiento de los establecimientos, instalaciones, instrumentos, materiales y de cualesquiera otros recursos precisos para la realización de sus tareas de conformidad con lo establecido en el artículo 498 de la Ley Orgánica del Trabajo.*

- **Ley de Ejercicio de la Medicina del 23 de agosto de 1982.**

<http://legal.com.ve/leyes/C106.pdf>

Artículo 25. *Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a:*

1. *Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias, desastres y otras emergencias; suministrar oportunamente los datos o informaciones que por su condición de funcionarios o de médicos, de acuerdo con disposiciones legales, les sean requeridos por las autoridades.*

Artículo 26. *Es obligatorio para todo médico, excepto en los casos de comprobada imposibilidad, prestar sus servicios en las siguientes situaciones:*

1. *Cuando se trate de un accidente o de cualquiera otra emergencia.*

...

- **Decreto No. 1.533 con Fuerza de Ley de los Cuerpos de Bomberos y Bomberas y Administración de Emergencias de Carácter Civil.**

<http://web.laoriental.com/leyes/L037N/L037NT1Cap1.htm>

Artículo 8. *Gratuidad del servicio de emergencias. Serán gratuitos los servicios de emergencias dirigidos a salvar la vida de las personas y proteger los bienes públicos y privados, ante situaciones generadoras de daño o peligros inminentes.*

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

No se localizaron disposiciones.

DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN

- **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 68. *Todo sujeto a quien le sean lesionados sus derechos subjetivos o intereses legítimos en los términos establecidos en esta Ley, podrá recurrir ante la vía administrativa o ante la jurisdicción administrativa de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos y en la Ley Orgánica de la Corte Suprema de Justicia.*

Artículo 69. *Los pacientes tendrán los siguientes derechos:*

1. *El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.*
2. *Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.*
3. *Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a su salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.*
4. *Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irreversibles debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.*
5. *Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.*
6. *Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas*

a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.

7. *Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.*
8. *Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.*
9. *Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.*

II. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.**

<http://www.analitica.com/BITBLIO/anc/constitucion1999.asp>

Capítulo II. De la Competencia del Poder Público Nacional

Artículo 156. *Es de la competencia del Poder Público Nacional:*

...

24. *Las políticas y los servicios nacionales de educación y salud.*

- **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 11. *El Ministerio de la Salud tendrá las siguientes atribuciones:*

1. *Establecer la política del Estado en materia de salud.*
2. *Dictar quinquenalmente el Plan Nacional de Salud, el cual comprenderá las políticas para la salud y los planes extraordinarios ante situaciones de emergencia.*
3. *Fijar anualmente los objetivos de la organización pública en salud, de conformidad con el Plan Nacional de la Salud.*
4. *Ejercer la supervisión y evaluación continua de los servicios públicos para la salud.*
5. *Supervisar y evaluar conjuntamente con las entidades territoriales, la programación y coordinación operativa de los objetivos anuales, del presupuesto nacional y del plan coordinado de inversiones de la organización pública en salud.*
6. *Ejercer la alta dirección de las autoridades públicas en salud, de los establecimientos de atención médica y de los programas de asistencia social y de saneamiento ambiental en toda la República, en caso de emergencia sanitaria declarada por el Ejecutivo Nacional en virtud de catástrofes, desastres y riesgos de epidemias, con el fin de acometer las medidas necesarias de protección y preservación de la salud y garantizar la atención oportuna, eficaz y eficiente a las comunidades afectadas.*
7. *Planificar, ejecutar, coordinadamente y supervisar en el territorio nacional todos los programas de saneamiento ambiental y asistencia social para la salud.*
8. *Ejercer en las aduanas y fronteras la más alta autoridad de contraloría sanitaria y saneamiento ambiental.*
9. *Organizar el Registro Nacional de la Salud, con toda la información referente a la epidemiología de las entidades territoriales, a la permisología sanitaria, a la acreditación y certificación de los establecimientos de atención médica y a los profesionales y técnicos en ciencias de la salud.*

10. *Analizar la información epidemiológica nacional, la estimación de riesgos de enfermar, el establecimiento de medidas preventivas, la vigilancia epidemiológica, la comunicación, la información sobre enfermedades de denuncia obligatoria y las medidas correctivas a nivel nacional.*
11. *Realizar las gestiones necesarias para la capacitación del personal de la salud y actuar armónicamente con el Ministerio de Educación, las universidades, instituciones de investigación científica e institutos tecnológicos en salud para la formación y perfeccionamiento educativo del personal, en todos los niveles profesionales y técnicos de las ciencias de la salud.*
12. *Coordinar las relaciones del Ejecutivo Nacional con los establecimientos de investigación científica para la salud.*
13. *Conducir las relaciones con los organismos internacionales en materia de salud.*
14. *Analizar la información epidemiológica de las entidades territoriales y realizar los estudios consiguientes acerca de la expectativa y calidad de vida, las condiciones de un ambiente saludable y prevención de riesgos.*
15. *Coordinar la política de educación para la salud de la población en general.*
16. *Todas aquellas materias contempladas en la Ley Orgánica de Administración Central.*

• **Decreto No. 5.077 del 22 de diciembre de 2006.**

<http://www.mpps.gob.ve/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=520>

Artículo 1. *El presente Reglamento Orgánico tiene por objeto determinar la estructura organizativa y funcional del Ministerio de Salud, así como establecer la distribución de las funciones correspondientes a las distintas dependencias que lo integran.*

...

Artículo 16. *El Viceministro de Redes de Servicios de Salud tendrá a su cargo la planificación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en el ámbito nacional, destinados a garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud; así como la atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de acciones normativas, de supervisión, control y evaluación fundamentadas en la política de salud vigente, orientados a la atención de necesidades sociales, bajo un enfoque participativo, a través de la comunidad organizada, basados en los principios de equidad, solidaridad y universalidad.*

Artículo 17. *El Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud estará integrado por las Direcciones Generales de: I Nivel de Atención en Salud, Red Ambulatoria Especializada y Red de Hospitales, cuyos titulares tendrán el rango de Directores Generales.*

Artículo 18. *Corresponde al Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud:*

1. *Elaborar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos relacionados con la red de servicios de salud.*
 2. *Comprometer y ordenar, por delegación del Ministro, los gastos correspondientes a las dependencias a su cargo.*
 3. *Coordinar aquellas materias que el Ministro disponga llevar a la cuenta del Presidente de la República, del Vicepresidente Ejecutivo, al Consejo de Ministros y a los Gabinetes Sectoriales.*
- ...
5. *Asistir al Gabinete Ministerial y presentar los informes, evaluaciones y opiniones que le sean requerido sobre la política de salud.*
 6. *Someter a la decisión del Ministro los asuntos de su atribución en cuyas results tenga interés personal directo, por sí o a través de terceras personas.*

7. *Desarrollar, supervisar y evaluar la ejecución de políticas que garanticen a la población el acceso y la atención a la salud, sin ningún tipo de discriminación.*
8. *Realizar, conjuntamente con la Dirección General de Epidemiología, análisis periódicos de situación de la salud para determinar las necesidades de la red de servicios.*
9. *Establecer y garantizar los procedimientos de referencias y contrarreferencias del Sistema Público Nacional de Salud.*
10. *Promover el desarrollo de modelos de gestión que favorezcan la atención integral a la salud de la población.*
11. *Fomentar cambios e innovaciones en la organización, gestión y funcionamiento de los servicios de salud, de acuerdo a los avances técnicos y científicos.*
12. *Proponer criterios técnicos para orientar estándares de rendimiento de la organización, funcionamiento, infraestructura y tecnología de los diferentes niveles de atención a la salud.*
13. *Brindar asesoría a los diferentes niveles del sistema intergubernamental e interinstitucional, en la organización y desarrollo de los servicios de salud.*
14. *Coordinar la gestión de todo el proceso requerido para garantizar la obtención y calidad de datos e información correspondiente a su Despacho, a los efectos de disponer de manera oportuna y útil, de los instrumentos de vigilancia y análisis para la atención en salud.*
15. *Supervisar las actividades de sus respectivas dependencias, de acuerdo con las instrucciones del Ministro.*
16. *Las demás que le atribuyan las leyes, reglamentos y resoluciones.*

...

Artículo 21. *La Dirección General Red Ambulatoria Especializada, tendrá a su cargo el II nivel de atención en salud del Sistema Público Nacional de Salud, con el objeto de garantizar de manera oportuna, eficaz y eficiente la atención integral y el diagnóstico de las diversas patologías que son de alta incidencia en la población. El II nivel de atención estará conformado por los Centros de Diagnóstico Integral, las Salas de Rehabilitación Integral, las Clínicas Populares, los Ambulatorios Urbanos Tipos II y III, y los Centros Ambulatorios de Especialidades. El acceso a este nivel será a través del sistema de referencias y contrarreferencias de los otros niveles de atención o a través de las emergencias, en aquellos centros de II nivel que tengan este servicio. Cada establecimiento del II nivel de atención atenderá a un número determinado de establecimientos del primer nivel y a una población determinada en el primer nivel*

- **Decreto No. 5.103, mediante el cual se dicta el Decreto Sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional. Publicado el 8 de enero de 2007.**

<http://www.mpps.gob.ve/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>

Artículo 17. *Son competencias del Ministerio del Poder Popular para la Salud:*

1. *Ejercer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud;*
2. *La elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, lo cual incluye promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación;*
3. *El control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, estatales y municipales de los sectores público y privado;*
4. *La definición de políticas para la reducción de inequidades sociales concernientes a la salud tanto de territorios sociales, grupos poblacionales clasificados de acuerdo a variables sociales o económicas y étnicas;*
5. *El diseño, gestión y ejecución de la vigilancia epidemiológica nacional e internacional en salud pública de enfermedades, eventos y riesgos sanitarios;*
6. *Diseño, implantación y control de calidad de redes nacionales para el diagnóstico y vigilancia en salud pública;*
7. *La formulación y ejecución de las políticas atinentes a la producción nacional de insumos, medicamentos y productos biológicos para la salud, en coordinación con el Ministerio del poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio;*

8. *La Coordinación de programas, planes y acciones con otras instancias públicas y privadas que propicien un medio ambiente saludable y una población sana;*
9. *La dirección de programas de saneamiento ambiental conjuntamente con otros órganos y entes nacionales, estatales y municipales con competencia en la materia;*
10. *La regulación y fiscalización sanitaria de los bienes de consumo humano tales como alimentos, bebidas, medicamentos, drogas, cosméticos y otras sustancias con impacto en la salud;*
11. *La regulación y fiscalización de los servicios de salud y de los equipos e insumos utilizados para la atención de la salud;*
12. *La regulación, fiscalización y certificación de personas para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;*
13. *Vigilar y controlar la promoción y publicidad de materiales, envases y empaques de bienes y otros productos de uso y consumo humano;*
14. *La formulación y ejecución de las políticas sanitarias dirigidas a reducir los riesgos a la salud y vida de la población, vinculados al uso o consumo humano de productos y a la prestación de servicios en materia de salud, mediante la aplicación de mecanismos y estrategias de carácter preventivo, basados en criterios científicos, normados nacional e internacionalmente;*
15. *La formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones instalaciones para uso humano sobre higiene pública social;*
16. *La organización y dirección de los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud pública;*
17. *La promoción y desarrollo de la participación comunitaria en todos los espacios del quehacer en salud, para lo cual coordinará lo conducente con el órgano rector en materia de participación popular;*
18. *Dirigir las relaciones de cooperación internacional con los organismos internacionales de salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores;*
19. *Las demás que le atribuyan las leyes y otros actos normativos.*

GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD

• **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 42. *Por acreditación se entenderá el proceso obligatorio de evaluación de los recursos institucionales de los establecimientos de salud, mediante el cual se otorga un registro reconocido en toda la Nación, que tiende a garantizar la calidad de la atención y en el cual se dejará constancia de la calificación o clasificación de los establecimientos de atención médica.*

Artículo 43. *La certificación es un registro obligatorio que deben cumplir los nuevos establecimientos de salud, previo a su puesta en funcionamiento y define las condiciones mínimas estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como su categorización. Este registro debe renovarse periódicamente y cuando se hayan ampliado, remodelado o disminuido las facilidades previamente certificadas.*

En el Reglamento de la Ley se especificarán las normas, procedimientos, categorizaciones y periodicidad de la acreditación y de la certificación.

Artículo 44. *Los principios que rigen los servicios para la salud y las normas de funcionamiento de los establecimientos de atención médica previstos en esta Ley serán aplicables, igualmente y con las especificidades del caso concreto, a los establecimientos de atención médica propiedad de los particulares.*

- **Decreto No. 1.533 con Fuerza de Ley de los Cuerpos de Bomberos y Bomberas y Administración de Emergencias de Carácter Civil.**

<http://web.laoriental.com/leyes/L037N/L037NT1Cap1.htm>

Artículo 5. *Los Cuerpos de Bomberos y Bomberas y de Administración de Emergencias de carácter civil tienen por finalidad:*

...

7. *Realizar en coordinación con otros órganos competentes, actividades de rescate de pacientes, víctimas, afectados y lesionados ante emergencias y desastres.*

...

12. *Realizar la atención prehospitalaria a los afectados por un evento generador de daños.*

...

Artículo 6. *Atención Prehospitalaria*

A los efectos del presente Decreto Ley se entenderá por atención prehospitalaria, la realización de actos encaminados a proteger la vida de las personas, lo cual incluye la atención y estabilización del paciente en el lugar de ocurrencia de la emergencia hasta su llegada al centro de asistencia médica.

Artículo 8. *Gratuidad del servicio de emergencias*

Serán gratuitos los servicios de emergencias dirigidos a salvaguardar la vida de las personas y proteger los bienes públicos y privados, ante situaciones generadoras de daño o peligros inminentes

...

Artículo 29. *Funciones del Inspector General*

Son funciones del Inspector General de Bomberos y Bomberas y Administración de Emergencias de carácter civil:

1. *Inspeccionar las dependencias Bomberiles a nivel nacional.*
2. *Inspeccionar y vigilar, todo lo relativo a materiales, unidades y equipos de los cuerpos de bomberos y demás organizaciones que trabajen en áreas de rescate, medicina prehospitalaria, materiales peligrosos, prevención, combate y extinción de incendios no adscritos a la Estructura Nacional de Bomberos.*
3. *Llevar los registros de los ingresos y egresos de personal de los Cuerpos de Bomberos y Bomberas y Administración de Emergencias de carácter civil.*
4. *Vigilar el cumplimiento del ordenamiento jurídico en materia de Bomberos.*
5. *Cualquier otra que le corresponda de conformidad con las leyes*

- **Ley de Ejercicio de la Medicina del 23 de agosto de 1982**

<http://legal.com.ve/leyes/C106.pdf>

Artículo 17. *En las poblaciones donde no existan servicios asistenciales públicos de emergencia y donde haya más de un médico en ejercicio, se deberá establecer, en los domingos y días feriados, el servicio médico de turno diurno y nocturno, de acuerdo con lo que al respecto disponga el Reglamento de la presente Ley*

- **Resolución No. G 840 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de 6 de septiembre de 1991. Crea el “Programa Nacional de formación y capacitación del recurso humano del sector salud y la comunidad en primeros auxilios, emergencias medicas y medicina de emergencia.**

Artículo 1. *Se crea el “PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO DEL SECTOR SALUD Y LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS, EMERGENCIAS MÉDICAS Y MEDICINA DE EMERGENCIA”, adscrito a la Oficina de Defensa Civil.*

Artículo 3. *El Coordinador del PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN junto con la Dirección de Recursos Humanos, elaborará los PESUM de los estudios.*

Artículo 4. *La Oficina de Defensa Civil en Coordinación con la Dirección de Recursos Humanos, establecerá por vía de Reglamento Interno los requisitos de los aspirantes, las credenciales que se otorguen y cualquier otra gestión para la Ejecución de sus Programas.*

- **Resolución No. G 1.056, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de 1 de abril de 1991. Crea el Programa Nacional de Comunicación y Transmisión Biomédica de los Servicios Médicos de Emergencia.**

Artículo 1. *Crear el Programa Nacional de Comunicación y Transmisión Biomédica de los Servicios Médicos de Emergencia, en el cual se Integren los Sistemas de Atención Médica a nivel Hospitalario y Prehospitalario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Dirección de Salud de la Gobernación del Distrito Federal, Cruz Roja Venezolana así como aquellas instituciones que cuentan con Servicios Médicos de Atención y Traslado Prehospitalario debidamente constituidos y autorizados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, (Cuerpo de Bomberos, Defensa Civil, Policías y otros organismos) adscritos a la Oficina de Defensa Civil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.*

- **Resolución No. G 1.540 de 9 de mayo de 1993 del Ministerio de Salud.**

Artículo 7. *La estructura del Departamento de Emergencia y Medicina Critica es la siguiente:*

A) *Un Servicio de Emergencia formado por la Unidad de Emergencia de Adultos, la Unidad de Emergencia Pediátrica, la Unidad de Trauma y Shock, la Unidad de Atención Prehospitalaria, Unidad de Comunicación y Transmisión Biomédica y la Unidad de Servicios Auxiliares.*

La Unidad de Atención Prehospitalaria que comprende:

- Ambulancias especialmente dotadas.*
- Personal adiestrado*
- Unidad de Comunicación y Transmisión Biomédica*
- Unidad de Servicios Auxiliares.*

SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE

Existe un número de emergencia (171) que funciona en forma autónoma en cada Estado. En Caracas las llamadas a 171 se transfieren a la Policía Metropolitana, los Bomberos del Distrito Federal, los Bomberos del Este, la Guardia Nacional y la Red Hospitalaria del Ministerio de Sanidad. Si necesita información sobre centros médico los operadores se comunican por radio con la Red Hospitalaria de Caracas para obtener información sobre disponibilidad de servicios en éstos. También suministran los números telefónicos de las principales clínicas de la capital.

No se localizaron las normas que regulan su funcionamiento. Dicho número fue creado por la norma que se indica a continuación:

- **Decreto No. 1.453, Ley de Coordinación de Seguridad Ciudadana publicada en Gaceta Oficial N° 37.318 de fecha de Noviembre del 2001.**

<http://www.mipunto.com/venezuelavirtual/leyesdevenezuela/ordinarias/leydecoordinaciondeseguridad-ciudadana.html>

***Artículo 34.** Sistema de Emergencia Nacional. El servicio telefónico del Sistema de Emergencia Nacional 171 o el que contemple la ley respectiva, estará bajo la administración de los entes Coordinadores de Seguridad Ciudadana y tendrá entre sus funciones apoyar y complementar el Sistema Nacional de Registro Delictivo, Emergencias y Desastres.*

SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS

- **Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre del 26 de junio de 1988.**

<http://www.gobiernoonlinea.ve/docMgr/sharedfiles/reglamentoleytransitoterrestre.pdf>

***Artículo 18.** Los vehículos de emergencia se clasifican de la siguiente manera:*

1. Vehículos policiales.
2. Vehículos militares.
3. Otros vehículos destinados a prestar servicios de urgencia: Ambulancias, vehículos del Cuerpo de Bomberos y vehículos adscritos a las Medicaturas Forenses.

...

***Artículo 44.** Los vehículos de emergencia deberán poseer el siguiente equipo adicional:*

1. Sirenas, pitos o campanas de alarma.
2. Faros de luz roja intermitente o sistema de luces giratorias o intermitentes colocadas en la parte delantera del vehículo.

***Artículo 45.** Los vehículos de emergencia destinados al transporte de enfermos o heridos, además de las condiciones generales señaladas en este Reglamento, deberán llevar pintada una cruz roja o verde en los costados y en la parte delantera. Llevarán también en la parte delantera un distintivo con la palabra "AMBULANCIA", escrita a la inversa, de tal manera que pueda ser leída a través del espejo retrovisor por los conductores de vehículos que van delante de la misma.*

***Artículo 46.** Las condiciones y requisitos para los vehículos de emergencia, normas sobre propietarios y conductores, así como las relativas a la organización y funcionamiento del servicio se regirán por la reglamentación respectiva y demás Resoluciones que dicte el Ministerio de Transporte y Comunicaciones.*

...

***Artículo 197.** Los conductores de vehículos de emergencia serán titulares de la licencia correspondiente al tipo de vehículo que conduzcan y deberán portar tanto ésta como su correspondiente certificado médico.*

- **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 16. *El Viceministro de Redes de Servicios de Salud tendrá a su cargo la planificación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en el ámbito nacional, destinados a garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud; así como la atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de acciones normativas, de supervisión, control y evaluación fundamentadas en la política de salud vigente, orientados a la atención de necesidades sociales, bajo un enfoque participativo, a través de la comunidad organizada, basados en los principios de equidad, solidaridad y universalidad.*

Artículo 17. *El Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud estará integrado por las Direcciones Generales de: I Nivel de Atención en Salud, Red Ambulatoria Especializada y Red de Hospitales, cuyos titulares tendrán el rango de Directores Generales.*

Artículo 18. *Corresponde al Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud:*

1. *Elaborar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos relacionados con la red de servicios de salud.*
2. *Comprometer y ordenar, por delegación del Ministro, los gastos correspondientes a las dependencias a su cargo.*
3. *Coordinar aquellas materias que el Ministro disponga llevar a la cuenta del Presidente de la República, del Vicepresidente Ejecutivo, al Consejo de Ministros y a los Gabinetes Sectoriales.*
4. *Asistir al Gabinete Ministerial y presentar los informes, evaluaciones y opiniones que le sean requerido sobre la política de salud.*
5. *Someter a la decisión del Ministro los asuntos de su atribución en cuyas resultas tenga interés personal directo, por sí o a través de terceras personas.*
6. *Desarrollar, supervisar y evaluar la ejecución de políticas que garanticen a la población el acceso y la atención a la salud, sin ningún tipo de discriminación.*
7. *Realizar, conjuntamente con la Dirección General de Epidemiología, análisis periódicos de situación de la salud para determinar las necesidades de la red de servicios.*
8. *Establecer y garantizar los procedimientos de referencias y contrarreferencias del Sistema Público Nacional de Salud.*
9. *Promover el desarrollo de modelos de gestión que favorezcan la atención integral a la salud de la población.*
10. *Fomentar cambios e innovaciones en la organización, gestión y funcionamiento de los servicios de salud, de acuerdo a los avances técnicos y científicos.*
11. *Proponer criterios técnicos para orientar estándares de rendimiento de la organización, funcionamiento, infraestructura y tecnología de los diferentes niveles de atención a la salud.*
12. *Brindar asesoría a los diferentes niveles del sistema intergubernamental e interinstitucional, en la organización y desarrollo de los servicios de salud.*
13. *Coordinar la gestión de todo el proceso requerido para garantizar la obtención y calidad de datos e información correspondiente a su Despacho, a los efectos de disponer de manera oportuna y útil, de los instrumentos de vigilancia y análisis para la atención en salud.*
14. *Supervisar las actividades de sus respectivas dependencias, de acuerdo con las instrucciones del Ministro.*
15. *Las demás que le atribuyan las leyes, reglamentos y resoluciones.*

Artículo 19. *La Dirección General del I Nivel de Atención en Salud, tendrá a su cargo el primer nivel de atención a la salud del Sistema Público Nacional de Salud, con el objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud a la población, sin ningún tipo de discriminación, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado a dar respuesta inmediata a las necesidades sociales de salud de la población.*

El primer nivel de atención en salud, como puerta de entrada natural al Sistema Público Nacional de Salud y el punto de inicio de la Red Asistencial, estará conformado por los Consultorios Populares, Ambulatorios Rurales Tipos I y II y Ambulatorios Urbanos Tipo I. Cada establecimiento del primer nivel atenderá a una población definida.

Artículo 20. *Corresponde a la Dirección General del I Nivel de Atención en Salud:*

1. Organizar la atención en salud del I nivel en la red asistencial pública y sus relaciones dentro del mismo nivel y con los otros niveles de la red.
2. Diseñar, monitorear, implantar y evaluar el modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales, mediante la organización y participación de las comunidades, apoyado en la contraloría social como expresión de poder popular.
3. Fortalecer el I nivel de atención en salud, aumentando su capacidad resolutoria mediante la implantación, consolidación y extensión de Consultorios Populares, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la calidad de vida.
4. Contribuir al desarrollo social comunitario, integrando los servicios del I nivel de atención en salud a la red de servicios institucionales del Estado, que se destinan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
5. Supervisar y garantizar conjuntamente con el Despacho del Viceministro de Recursos para la Salud, el adecuado funcionamiento y dotación de los establecimientos del I nivel de atención en salud.
6. Las demás que le sean atribuidas por las leyes, reglamentos, y resoluciones.

Artículo 21. *La Dirección General Red Ambulatoria Especializada, tendrá a su cargo el II nivel de atención en salud del Sistema Público Nacional de Salud, con el objeto de garantizar de manera oportuna, eficaz y eficiente la atención integral y el diagnóstico de las diversas patologías que son de alta incidencia en la población. El II nivel de atención estará conformado por los Centros de Diagnóstico Integral, las Salas de Rehabilitación Integral, las Clínicas Populares, los Ambulatorios Urbanos Tipos II y III, y los Centros Ambulatorios de Especialidades. El acceso a este nivel será a través del sistema de referencias y contrarreferencias de los otros niveles de atención o a través de las emergencias, en aquellos centros de II nivel que tengan este servicio. Cada establecimiento del II nivel de atención atenderá a un número determinado de establecimientos del primer nivel y a una población determinada en el primer nivel.*

Artículo 22. *Corresponde a la Dirección General Red Ambulatoria Especializada:*

1. Organizar la atención en salud especializada ambulatoria del II nivel en la red asistencial pública y sus relaciones dentro del mismo nivel y con los otros niveles de la red.
2. Supervisar y garantizar conjuntamente con el Despacho del Viceministro de Recurso para la Salud, el adecuado funcionamiento y dotación de los establecimientos del II nivel de atención en salud.
3. Organizar y mantener actualizado los procedimientos de referencia y contrarreferencia para el ingreso y egreso de los usuarios en la red ambulatoria especializada en salud.
4. Las demás que le sean atribuidas por las leyes, reglamentos y resoluciones.

Artículo 23. *La Dirección General Red de Hospitales, tendrá a su cargo el III nivel de atención en salud del Sistema Público Nacional de Salud con el objeto de coordinar y supervisar la atención de las patologías y otras situaciones que no puedan ser resueltas en los otros niveles de atención y las que requieran hospitalización para su tratamiento. Estará conformado por los Centros Diagnósticos de Alta Tecnología, Hospitales del Pueblo, Hospitales Generales Tipos I, II, III y IV, y Hospitales de Especialidades. El acceso a este nivel será a través del sistema de referencias y contrarreferencias de los otros niveles de atención o a través de las emergencias en aquellos centros de tercer nivel que tengan este servicio. Cada establecimiento del tercer nivel de atención en salud atenderá a un número determinado de establecimientos del segundo nivel y a una población también determinada en el primer y segundo nivel, con la excepción de los Hospitales de Especialidades, los Hospitales Tipo IV y los Centros Diagnósticos de Alta Tecnología, los cuales atenderán a la población que lo requiera, con la debida referencia.*

Artículo 24. *Corresponde a la Dirección General Red de Hospitales:*

1. Organizar la atención en salud especializada de III nivel en la red asistencial pública y sus relaciones dentro del mismo nivel y con los otros niveles de la red.

2. *Supervisar y garantizar conjuntamente con el Despacho de Viceministro de Recursos para la Salud el adecuado funcionamiento y dotación de los establecimientos del III nivel de atención en salud.*
3. *Organizar y mantener actualizados los procedimientos de referencia y contrarreferencia para el ingreso y egreso de los usuarios del III nivel, y garantizar que las personas atendidas tengan seguimiento de su situación de salud en el primer nivel de atención.*
4. *Las demás que le sean atribuidas por las leyes, reglamentos y resoluciones.*

ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD A Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR, REEMBOLSO DE GASTOS

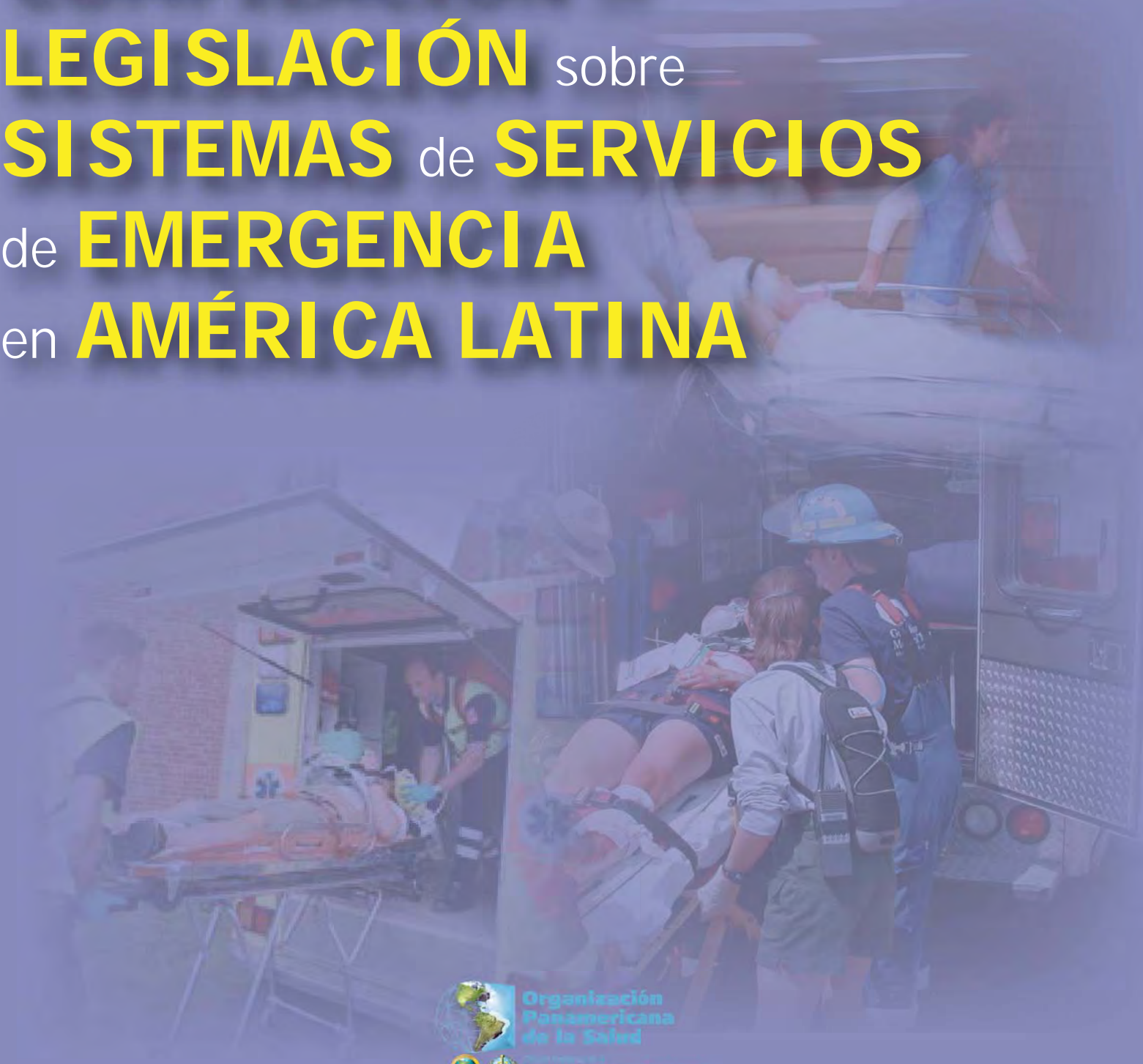
• **Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.**

http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf

Artículo 48. *Los establecimientos de atención médica propiedad del Estado prestarán asistencia, sin discriminación alguna, a todo ciudadano que acuda a los mismos en demanda de servicios de salud.*

Artículo 49. *El Reglamento de esta Ley sobre la organización, funcionamiento y financiamiento de los establecimientos de atención médica señalará el procedimiento, técnicas y valoraciones a los fines de la fijación de los baremos para la recuperación de costos.*

COMPILACIÓN de LEGISLACIÓN sobre SISTEMAS de SERVICIOS de EMERGENCIA en AMÉRICA LATINA



Organización
Panamericana
de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS



Organización
Panamericana
de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS