

 <p>ALCALDÍA MAYOR MAYO DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>Secretaría <b>SALUD</b></p>	<p>CIRCULAR</p> <p>No. 027</p>	<p>Código: 230</p> <p>Fecha: 17 DE SET. 2011</p>
--	--------------------------------	--

PARA: ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DEL SGSSS Y REGÍMENES ESPECIALES, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS, TRABAJADORES DE LA SALUD.

DE: SECRETARIO DE DESPACHO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.

ASUNTO: DIRECTRICES DISTRITAL PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA) DURANTE EL SEGUNDO PICO EPIDÉMICO DEL 2011 EN EL DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ.

**CONSIDERACIONES TÉCNICAS Y NORMATIVAS:**

Las funciones de dirección y conducción otorgadas por la Ley 715 de 2001, a la Secretaría Distrital de Salud, en su calidad de ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital, le determinan la competencia para coordinar y vigilar el sector salud en el territorio de su jurisdicción y en consecuencia, realizar el análisis de las diferentes situaciones de salud y con fundamento en ello, definir las prioridades y objetivos sanitarios D.C., y propender por su mejoramiento.

Así mismo, el Acuerdo Distrital 257 de 2007 y el Decreto Distrital 122 de 2007, con fundamento en lo dispuesto en la mencionada Ley 715 de 2001, le otorgan al Sector Salud y específicamente a la Secretaría Distrital de Salud, la misión de dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública y de esta manera, orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

Teniendo en cuenta, que según datos del IDEAM, se pronostica un nuevo período invernal a partir de la tercera semana de septiembre y con ello sin duda, se tendrá un nuevo aumento de casos de infección respiratoria aguda, razón por la cual, se requiere de la adopción de medidas para proteger la salud de los habitantes de Bogotá D.C.



Si bien en el 2011, aparecen menos casos reportados en las diferentes unidades notificadoras, con respecto a los datos del 2010, para un total acumulado de reportes a la semana 32 (la cual corresponde de enero a la segunda semana de agosto de 2011), de 488.420 casos atendidos en todas las edades; la realidad identificada por las instituciones de la red pública y privada, a lo manejado en el primer semestre del 2010, equivale a un total de 160.000 casos, por mes en el pico de ERA.

De la semana 26 a la semana 31 se observa, que ha prevalecido la circulación del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), con un aumento del número de casos severos en los meses de abril y mayo, que ameritaron manejo en unidades de cuidado intensivo.

En cuanto a mortalidad al mes de junio del 2011, por datos de estadísticas vitales de esta Secretaría, se registran 42 muertes por neumonía, frente a 51 reportados para el mismo mes en el 2010.

La Enfermedad Respiratoria Aguda-ERA, está afectando a la población del Distrito Capital de manera permanente, con dos picos epidemiológicos durante el año, con un gran número de personas afectadas, que en un porcentaje importante termina requiriendo hospitalización y generando casos de muertes evitables, riesgo que se hace mayor por la opción de eventos inusitados tipo Pandemia de Influenza. Lo anterior, hace de este grupo de enfermedades un evento de interés especial en salud pública, que según lo dispuesto en el artículo 7° del Acuerdo 117 de 2008, expedido por el CNSSS y en el artículo 10, "*Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública*", de la Resolución 412 del 25 de febrero del 2000, son consideradas como *condiciones patológicas, objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.*

Cuando las mencionadas enfermedades se presentan con algún grado de dificultad respiratoria, deben ser tratadas como una urgencia, definida por el Acuerdo 008/09, como "*...la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con cualquier grado de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.*"

La referida atención, hace parte del enfoque que se da a la atención inicial de urgencia, considerada por el Decreto 783 del 2000 como "... todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

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

Lo anterior, en concordancia con lo dispuesto en el Acuerdo 008/09 de la CRES, que aclaró y actualizó integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y definió el POS-C y el POS-S, como el "...conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen contributivo...", el primero, y "...todo afiliado al régimen subsidiado...", el segundo, "...cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud..." del régimen contributivo y las del subsidiado, respectivamente, "...a todos sus afiliados.", estructura e integralidad que de conformidad con lo dispuesto en la mencionada norma, está conformada por actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, así como por los insumos, suministros, materiales requeridos y demás recursos necesarios para su exitosa ejecución.

El Acuerdo antes mencionado, precisa las condiciones de la cobertura de la atención inicial de urgencias y señala que éstas son obligatorias y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud más cercano al lugar en que se encuentre el paciente o de todos modos en el prestador en que se demande el servicio, sin exclusiones tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado.

De igual manera indica, que la atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la EPS en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.



16 SET. 2011

Las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las Normas Técnicas y Guías de Atención incluidas en la Resolución 412 de 2000, están exoneradas del COPAGO Y CUOTAS MODERADORAS.

Así mismo, el transporte de pacientes hace parte de la atención inicial de urgencias, entendido éste, de acuerdo con lo establecido por el Decreto 1486 de 1994, como *"...el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria.*

Por lo anterior, el traslado, tanto primario (entre el sitio del suceso y el prestador) como secundario (interinstitucional), se encuentra incluido en los planes de beneficios como recurso fundamental en la garantía del derecho a la salud y la vida y uno de los servicios necesarios para la atención de la urgencia.

Producto de algunos casos de muerte presentados durante los años 2005-2006, por la falta de oportunidad y otros atributos de calidad en la atención inicial de urgencias, El Ministerio de la Protección Social, expidió la Circular 010 del 22 de marzo del 2006<sup>1</sup>, en la cual se impartieron las siguientes instrucciones, sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes:

"(...)

*1 Obligatoriedad de la aplicación de triage por personal idóneo de salud. La realización del triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud siempre debe estar a cargo de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto.*

*2 No exigencia de contrato o autorización previa para la atención inicial de urgencias. En ningún caso la atención inicial de urgencias requiere contrato o autorización previa por parte de las EPS, ARS o Secretarías de Salud. En consecuencia las IPS están obligadas a prestar el servicio y las EPS, ARS o Secretarías de Salud a realizar el pago correspondiente.*

<sup>1</sup> Ministerio de la Protección Social, Circular Externa No. 000010 del 22 de marzo de 2006, dirigida a Representantes legales y directivos de IPS, EPS, ARS y Directores Seccionales, Locales y Distritales de Salud, en la cual se imparten instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.

3 No exigencia de pago previo o copago para la atención inicial de urgencias. En ningún caso la atención inicial de urgencias puede estar condicionada al pago de suma de dinero alguna por parte del usuario del servicio.

4 No aplicación de los periodos de carencia en casos de atención inicial de urgencias. De conformidad con lo establecido en el decreto 806 de 1998, para la atención inicial de urgencias no puede exigirse el cumplimiento de periodos mínimos de cotización.

En consecuencia, el acceso a servicios tales como la internación en Unidad de Cuidados Intensivos o la realización de procedimientos quirúrgicos que se requieran de manera inmediata para estabilizar un paciente en estado crítico, deben ser considerados como parte de la atención inicial de urgencias y por tanto no están sujetos a periodos mínimos de cotización y sus costos deberán ser reconocidos por la respectiva EPS o ARS.

(...)"

#### DIRECTRICES:

En mérito de lo anterior, se Imparten las siguientes directrices:

1. Considerando que las Enfermedades Respiratorias Agudas son de especial interés en salud pública, por el impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población del Distrito Capital y de los elevados costos derivados de su inadecuada e inoportuna atención, ésta es considera como una URGENCIA.
2. Toda atención inicial de la ERA con algún grado de dificultad respiratoria, al ser una urgencia, corresponderá a la atención inicial de urgencia definida por las normas arriba citadas, no estando sujeta por lo tanto, a contrato previo con el prestador, autorización por el asegurador, pagos compartidos, periodos mínimos de cotización ni a ningún tipo de limitaciones ni de barreras de acceso para su oportuna y adecuada atención.
3. La atención inicial de urgencia de la ERA, se realizará bajo el protocolo definido por la Secretaría Distrital de Salud, dentro del cual se encuentra la Guía de Manejo para la atención en Salas ERA y urgencias.

4. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, deberán implementar estrategias que garanticen la suficiente capacidad resolutive de su red de prestadores en la ciudad para la recepción y la atención oportuna, sin ningún tipo de barreras de acceso, de los casos de ERA que se presenten en el Distrito Capital, tales como:
- o Implementación o ampliación de la disponibilidad de la consulta prioritaria como mínimo hasta las 10 p.m., todos los días de la semana, incluyendo domingos y feriados.
  - o Ampliación de la disponibilidad de la consulta externa, como mínimo hasta las 10 p.m., todos los días de la semana, incluyendo domingos y feriados.
  - o Entrega de los medicamentos (incluido el *Oseltamivir*) y los insumos necesarios para continuar el tratamiento ambulatorio del paciente que haya superado la atención inicial de urgencia con destino a su domicilio.
  - o Difusión, a través de los medios disponibles de la información sobre los puntos de atención dispuestos por las EAPB en la ciudad, que incluya dirección, teléfonos, horario, mecanismos de acceso a los procedimientos de quejas y reclamos, así como sobre los derechos y deberes de la población.

  
JUAN E. VARELA BELTRÁN  
Secretario de Despacho (E)  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Elaboró: Alvaro Girón/Gustavo Aristizabal/ Elizabeth Cotes  
Revisó: José Oclavio López/ Consuelo Castillo/Yanidis Pinilla/ Amelia Rodríguez López Luz Elena Rodríguez Quimbayo/Luz Helena Rodríguez *roselb pz*  
Aprobó: Manuel Antonio Villamizar/Helena Sandoval Lancheros *HL* /Hernan Redondo Gomez/Harold Bautista Vargas *H* /Harold Cárdenas Herrera/Luis Alberto Donoso Rincón.



BOGOTÁ  
BICENTENARIO  
1810-2010

BOG  
BOGOTÁ  
POSITIVA  
GOBIERNO DE LA CIUDAD